

Wrocław, dnia.....

.....

**Imię i nazwisko ucznia**

-----

**Klasa**

Dyrektor Liceum Ogólnokształcącego nr X  
im. Stefanii Sempołowskiej  
we Wrocławiu

W związku z zaświadczeniem lekarskim, zwracam się z prośbą o zwolnienie córki/syna z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od..... do .....

Jednocześnie proszę o zwolnienie córki/syna z obowiązku obecności na w/w zajęciach, gdy są one na pierwszej/ostatniej lekcji

.....

(wypisać dni tygodnia i godziny zajęć.)

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna w tym czasie poza terenem szkoły.

.....

(podpis rodzica)