

Wniosek o zwolnienie ze wskazanych ćwiczeń – uczeń niepełnoletni

.....

Sławice,

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)

(miejscowość i data)

.....

.....

Adres zamieszkania

Dyrektor

Technikum nr 14 im. H.Sienkiewicza

w Sławicach

Proszę o zwolnienie ze wskazanych przez lekarza ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego mojego/mojej (syna/córki) ucznia/uczennicy klasy w terminie Do podania dołączam zaświadczenie lekarskie.

.....

podpis rodzica (opiekuna prawnego)