Kraków, ............................................

................................................................

Imię i nazwisko rodzica

................................................................

................................................................

Adres/telefon

Dyrektor

ZSOMS im. Mikołaja Kopernika

ul. Grochowska 20

31-521 Kraków

W związku ze zwolnieniem córki/syna\* ...............................................................................................

(imię i nazwisko)

PESEL ................................................ ur. ..........................................................., ucz. kl. ..................

w okresie od ......................................... do ......................................... z zajęć wychowania fizycznego,

zwracamy się z prośbą o zwolnienie córki/syna\* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej\* lekcji:

………………………………………………………………..............................................................

(należy wypisać dni tygodnia i godziny zajęć)

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

.........................................................................................

(czytelne podpisy rodziców)

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*

Uwaga! W czasie gdy uczeń jest zwolniony nie może przebywać na terenie szkoły.

.....................................................................................

(data, podpisy rodziców)

.....................................................................................

(data, podpis dyrektora)

\* niepotrzebne skreślić