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