*Załącznik nr 2a* Ruda Śląska,………………

Dyrektor

IV Liceum Ogólnokształcącego

im. H.C. Hoovera

w Rudzie Śląskiej

# PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie *mojego syna/mojej córki\* ………………………………………………*

(imię i nazwisko)

ur. ………………………………, *ucznia/uczennicy* \*klasy …………………………………

(klasa, nazwa szkoły)

………………………………. z zajęć wychowania fizycznego na czas określony przez lekarza w załączonym zaświadczenia lekarskiego .

Jednocześnie proszę o zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności na zajęciach wychowania fizycznego w dniach, gdy są one na pierwszej i /lub ostatniej lekcji, tj.:

………………………………………………………………………………………………

(należy wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Równocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo mojego dziecka w czasie jego pobytu poza terenem szkoły w wyżej wymienionych godzinach.

…………………………………

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

……………………………………………….

(adres)

…………………………………………..

(nr telefonu)