…..... Gorzów, dnia.....
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

….....
adres zamieszkania

….....
telefon

Dyrektor Samorządowego Zespołu Szkół
w Gorzowie

Na podstawie opinii lekarskiej z dnia.....o braku możliwości uczestniczenia mojego dziecka.....ucznia klasy……... w realizacji zajęć wychowania fizycznego, zajęć komputerowych, informatyki* na czas określony w tej opinii tj. od.....do.....

Zwracam się z prośbą o zwolnienie z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

….....

.....

(wpisać dni tygodnia i godziny realizacji zajęć)

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZAM, ŻE BIORĘ PEŁNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNĄ ZA POBYT I BEZPIECZEŃSTWO DZIECKA W TYM CZASIE POZA TERENEM SZKOŁY.

Podpis rodzica

….....

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*
*niepotrzebne skreślić

….....

data i podpis dyrektora szkoły

podpis nauczyciela prowadzącego zajęcia.....

podpis wychowawcy ucznia ….....