Lubin, dnia………………………

…………………………………….

(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

…………………………………….

(adres)

**Pani**

**Jolanta Dubińska**

**Dyrektor**

**II Liceum Ogólnokształcącego**

**w Lubinie**

Proszę o wydanie decyzji o zwolnieniu mojej /mojego córki/ syna ……………......................., ucz. kl…..

(imię i nazwisko ucznia/ uczennicy)

z realizacji zajęć wychowania fizycznego w pierwszym / drugim semestrze **roku szkolnego 2016/2017** –

- zgodnie z załączonym zaświadczeniem lekarskim.

Jednocześnie proszę o zwolnienie mojej / mojego córki / syna ..…………..............................

(imię i nazwisko ucznia/ uczennicy)

z pierwszych lub ostatnich lekcji wychowania fizycznego wg obowiązującego planu.

W tym czasie biorę pełną odpowiedzialność za córkę / syna.

……………………………….

(podpis rodzica / prawnego opiekuna)