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)