

Koszalin, dnia .....

.....  
imię nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....  
adres/nr telefonu

Dyrektor

Zespołu Szkół nr 8 im. Tadeusza Kościuszki

w Koszalinie

### WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki\*..... ucznia/uczennicy\*  
klasy ..... z zajęć wychowania fizycznego/wykonywania określonych ćwiczeń\*

w okresie od ..... do ..... z powodu choroby.

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

### OŚWIADCZENIE

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*..... z zajęć wychowania fizycznego  
proszę o zwolnienie z obowiązku obecności na w/w zajęciach.

Proszę o możliwość opuszczenia szkoły przez ....., jeśli zajęcia wychowania  
fizycznego wypadają na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej.

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo syna/córki\* w czasie nieobecności  
na zajęciach wychowania fizycznego.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić