Załącznik nr 1

Dane rodziców (prawnych opiekunów) Konin, dnia

Nazwisko

Imię

Adres   
Tel…………………………………………………

Dyrektor

III Liceum Ogólnokształcącego im. C.K. Norwida w Koninie

PODANIE O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ  
FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie syna/córki\*(*imię i nazwisko*)………….…………………………………………….

uczęszczającego/uczęszczającej do klasy , w następującym okresie

od …………………………. do roku, z następujących   
  
ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego:…………………………………….………..   
  
… …………… ……………………………..  
  
  
  
W tym celu przedkładam niezbędną opinię lekarza.

………………………………………………………….  
Czytelny podpis rodzica

\* - proszę zakreślić właściwą informację