

Załącznik nr 2

Dane rodziców (prawnych opiekunów)/

Konin, dnia.....

Nazwisko

Imię.....

Adres

Tel.....

Dyrektor

III Liceum Ogólnokształcącego

im. C.K. Norwida w Koninie

PODANIE

O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie syna/córki*(*imię inazwisko*).....
uczęszczającego/uczęszczającej do klasy z zajęć wychowania fizycznego w następującym
okresie od do roku.

W tym celu przedkładam niezbędną opinię lekarza.

.....
Czytelny podpis rodzica

* - proszę zakreślić właściwą informację