

.....
.....
.....

Kraków,

(imię i nazwisko ucznia pełnoletniego)

(adres zamieszkania)

Dyrektor

ZSO nr 18 w Krakowie

XXVII Liceum Ogólnokształcące

PODANIE

Proszę o zwolnienie mnie

.....
(nazwisko i imię ucznia/uczennicy)

ur., ucznia/uczennicy klasy
(dzień, miesiąc, rok , miejsce)

☐

**Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH
WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

- od dnia do dnia

☐

Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

- od dnia do dnia

Nauczyciel uczący wychowania fizycznego

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza z dnia

.....
(podpis ucznia pełnoletniego)

Znakiem **X** – wybierz tylko jedną właściwą opcję