

Wrocław , dnia .....

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)

.....  
(adres)

.....  
(telefon)

Dyrektor  
Lotniczych Zakładów Naukowych  
we Wrocławiu

### PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna/córki

.....,

ur. ...., ucznia/uczennicy klasy .....

z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

- od dnia ..... do dnia ..... \*
- na okres I / II semestru roku szkolnego 20...../20..... \*
- na okres roku szkolnego 20...../20..... \*

z powodu .....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.\*\*

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Zaświadczenie lekarskie wymagane na podstawie § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych oraz § 51 ust. 1 pkt 21 Statutu Lotniczych Zakładów Naukowych we Wrocławiu.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)