



Sieradz,.....

Załącznik nr 1

.....

.....

(imię, nazwisko i adres)

Dyrektor

Liceum Ogólnokształcącego

STO w Sieradzu

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/jej syna/córki.....,
(nazwisko i imię)

ur., ucznia/uczennicy klasy z zajęć wychowania
fizycznego w okresie od dnia do dnia
z powodu

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)



ul. Bohaterów Września 61,
98-200 Sieradz



(0-43) 827-37-46



liceum@spoleczne.com.pl