

Tomaszów Maz., dnia ..... roku

.....  
(imiona i nazwisko ucznia)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Uczeń/uczennica \* klasy: .....

.....  
(nazwa szkoły)

w Zespole Szkół Ponadpodstawowych nr 2  
im. Stanisława Staszica w Tomaszowie Mazowieckim

w zawodzie: .....

Podanie wpłynęło dnia: ..... r.  
i zostało zarejestrowane pod numerem:

.....

Podpis przyjmującego podanie .....

**Dyrektor  
Zespołu Szkół Ponadpodstawowych nr 2  
w Tomaszowie Mazowieckim**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojej/go córki/syna\* w okresie od .....  
do ..... roku szkolnego ...../.....z:

- aktywnego uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego;
- wykonywania wymienionych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego:

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

na podstawie załączonej opinii lekarskiej, potwierdzającej niezdolność do wykonywania przez ucznia ćwiczeń fizycznych w w/w okresie.

Ponadto w przypadku przedłużenia zwolnienia zobowiązuję się do jego terminowego doręczenia, a w przypadku zmiany opinii lekarskiej do natychmiastowego powiadomienia szkoły, o tym fakcie.

**Załączniki:**

1. Opinia lekarska

Z poważaniem

.....

(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna\*)

\*niepotrzebne skreślić