



Kraków, dnia.....

Dyrektor
XLI Liceum ogólnokształcącego
im. Księdza Jana Twardowskiego
w Krakowie

PODANIE

Proszę o całkowite zwolnienia mojego syna /córki/mnie*

.....

ucznia / uczennicy* klasy

z realizacji zajęć wychowania fizycznego na podstawie opinii o braku
możliwości uczestniczenia w tych zajęciach wydanej przez lekarza, na czas
określony w tej opinii.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
(podpis rodzica /ucznia pełnoletniego)

* niepotrzebne skreślić