……………………………………………………………….. ………………..……………….……., dnia………………….

*Nazwisko i imię ucznia pełnoletniego Miejscowość*

………………………………………………………………….

*Klasa*

**Dyrektor Zespołu Szkół Zawodowych i Licealnych**

**W Zgorzelcu**

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO/INFORMATYKI\***

Na podstawie zaświadczenia wydanego przez lekarza, proszę o zwolnienie mnie z *określonych ćwiczeń/zajęć*\* wychowania fizycznego lub zajęć z informatyki w terminie od …………………….……… do …………………………

……………………..……………………………………………….

*Podpis ucznia pełnoletniego*

\*niepotrzebne skreślić

Załączniki:

1. Zaświadczenie wydane przez lekarza