…………………………………………………………………….. Kraków………………………………….

Imię i nazwisko rodzica

……………………………………………………………………..

Telefon/e-mail rodzica

**Wniosek**

**Do Dyrektora XIV Liceum Ogólnokształcącego**

**Im. Mikołaja Kopernika w Krakowie**

Zwracam się z prośbą o wydanie decyzji zwolnienia z lekcji wychowania fizycznego mojej córki/syna ........................................................................... ucznia klasy.............................. zgodnie z załączonym zwolnieniem lekarskim.

……………….………………………………………..

*( podpis rodziców / opiekunów prawnych )*

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za córkę/syna w czasie trwania lekcji wychowania fizycznego, jeżeli zajęcia te odbywają się na pierwszych lub ostatnich godzinach lekcyjnych.

……………….………………………………………..

*( podpis rodziców / opiekunów prawnych )*