Szczecin, dnia………………………..

………………………………………………….

 (imię i nazwisko rodzica)

Adres zamieszkania:

…………………………………………………

 (ulica)

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

 (kod pocztowy - miejscowość)

 Dyrektor

 Szkoły Podstawowej nr 3

 w Szczecinie

Dotyczy roku szkolnego 2019/2020 – zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

 Proszę o zwolnienie mojej córki/syna ……………………………………………………….……… ………………..

 (imię i nazwisko dziecka) (klasa)

z zajęć wychowania fizycznego zgodnie z przedłożonym zaświadczeniem lekarskim.

 …………………………………………. (podpis rodzica)

**OŚWIADCZENIE O PRZEJĘCIU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SYNA/CÓRKĘ**

 W związku ze zwolnieniem syna/córki …………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko dziecka)

Ucznia/uczennicy klasy ……………… w okresie …………………………………………. z zajęć wychowania fizycznego, zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej i ostatniej lekcji tj. ……………………………………………………………………………..

(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo syna/córki w tym czasie.

……………………………………………….

(podpis rodzica)