

Dąbrowa Górnicza, dn.

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

Sz. P.

Beata Bończak

Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego
im. Waleriana Łukasińskiego
w Dąbrowie Górniczej

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojej córki/mojego syna*
....., ucznia/uczenicy* klasy
z zajęć wychowania fizycznego na podstawie zaświadczenia lekarskiego,
które stanowi załącznik do niniejszego podania/które zobowiązuję się
dostarczyć **w ciągu 5 dni roboczych** od daty umówionej wizyty lekarskiej*,
która przypada na dzień **

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić

** wpisać datę planowanej wizyty lekarskiej