

Data .....

**Dyrektor**  
**Zespołu Szkół Licealnych**  
**im. Z. Herberta**  
**w Słubicach**

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

Zwracam się z prośbą o zwolnienie z zajęć **wychowania fizycznego** na podstawie opinii o ograniczonych możliwościach uczestnictwa w tych zajęciach wydanej przez lekarza.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego ucznia

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....  
podpis dyrektora

