…………………………………………………………………….. 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 )*