Dane rodzica/opiekuna prawnego/ ucznia pełnoletniego\* Kluczbork, dn. .........................

………………………………

Imię i nazwisko

……………………………....

Adres zamieszkania

………………………………

Telefon kontaktowy

 **Dyrektor**

 **Zespołu Szkół Nr 2**

 **Centrum Kształcenia Ustawicznego**

 **w Kluczborku**

Proszę o, zwolnienie mnie**/**mojej**/**mojego**\*** syna**/**córki**\***…………….………………..……

 Imię i nazwisko ucznia

 na podstawie załączonego zaświadczenia lekarskiego **z zajęć wychowania fizycznego** **/** **z wykonywania ćwiczeń fizycznych** określonych w opinii wydanej przez lekarza dotyczącej ograniczonych możliwości wykonywania tych zajęć/ćwiczeń**\*** przeze mnie**/**przez**/**moją**/**mojego**\*** syna**/**córkę**\*.**

Dane w/w uczennicy/ucznia\*:

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

 Imię i nazwisko

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

 Data i miejsce urodzenia

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

 Dokładny adres zamieszkania

........................... …………………………………………..

 Klasa wychowawca

……………………………………………

 numer telefonu ucznia/rodzica/opiekuna

 …...........................................................................

 Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna/ pełnoletniego ucznia\*

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie lub opinia lekarska

\* niepotrzebne skreślić