**Załącznik nr 2**

Dane rodziców (prawnych opiekunów)/ Konin, dnia………………………………

Nazwisko

Imię

Adres   
Tel………………………………………………….

Dyrektor

III Liceum Ogólnokształcącego im. C.K. Norwida w Koninie

PODANIE

O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie syna/córki\**(imię inazwisko)………………………………………………………...*

uczęszczającego/uczęszczającej do klasy ……………. z zajęć wychowania fizycznego w następującym okresie od ……………. do ………………… roku.

W tym celu przedkładam niezbędną opinię lekarza.

…………………………………………….  
 Czytelny podpis rodzica

\* - proszę zakreślić właściwą informację