

.....
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

.....
Adres

.....
Telefon

Prószków, dnia

**Dyrektor Zespołu Szkół
im. Józefa Warszawicza w Prószkowie**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SPECJALISTYCZNYCH

Zwracam się prośbą o zwolnienie mojego dziecka
Imię i nazwisko

z klasy z zajęć¹:

- sportowych – piłki nożnej;
- taktyki i techniki interwencji;
- sportowych – sztafety pożarniczej;
- musztry i sztuki przetrwania;
- praktycznego szkolenia wojskowego,

w okresie²:

- od dnia do dnia
- I semestru roku szkolnego 20..... /20.....
- II semestru roku szkolnego 20..... /20.....
- całego roku szkolnego 20..... /20.....

Jednocześnie proszę o *zwalnianie / niezwalnianie*³ mojego dziecka z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, w których są one na pierwszych lub ostatnich lekcjach.

Powyższe dotyczy zajęć lub czasu realizacji treści na zajęciach związanych głównie z rozwojem sprawności fizycznej ucznia.

Oświadczam, że w tym czasie biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo mojego dziecka poza terenem szkoły.

.....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego

¹ zaznaczyć właściwe

² zaznaczyć i wypełnić właściwe

³ niewłaściwe skreślić