

Poznań, dnia

.....
nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego

.....
miejsce zamieszkania

Dyrektor
XIV Liceum Ogólnokształcącego
im. Kazimierza Wielkiego
os. Piastowskie 106
61-164 POZNAŃ

Proszę o zwolnienie mojej córki/mojego syna*
uczennicy/ucznia* klasy z zajęć wychowania fizycznego
w okresie od do z uwagi na stan zdrowia.

Załączam zaświadczenie lekarskie z dnia

.....
podpis rodzica lub prawnego opiekuna

Proszę o zwolnienie z obecności na zajęciach wychowania fizycznego w przypadku, gdy zajęcia przypadają na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej (w planie klasy w danym dniu).

Jednocześnie oświadczam, że w takiej sytuacji biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.

.....
podpis rodzica lub prawnego opiekuna

* - niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć przychodni

Poznań, dnia

Orzeczenie lekarskie

Nazwisko i imię data urodzenia

PESEL

Adres

Rozpoznanie

.....

.....

Zalecenia (określić zakres czasowy)

.....

.....

.....
podpis i pieczęć lekarza

XIV MEDICAL CENTER Sp. z o.o.
ul. Kacimierz Wielki 103
61-184 Poznań, os. Piastowskie 103
tel. fax 61 877 36 32
NIP 782-14-15-126