Legionowo , dnia…....................

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

 (imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna\*)

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

 (adres zamieszkania)

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

 **Dyrektor**

**II Liceum Ogólnokształcącego**

 **w Legionowie**

**Informacje o zwolnieniu z zajęć wychowania fizycznego**

Ja niżej podpisany

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

informuję, że w roku szkolnym ………………….. z powodów zdrowotnych mój syn/córka nie będzie uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego w I śródroczu roku szkolnego 2017/18 w roku szkolnym 2017/18*(niepotrzebne skreślić*).

Podstawą zwolnienia jest opinia wydana przez lekarza specjalistę, którą należy złożyć do sekretariatu szkoły do połowy września nowego roku szkolnego.

Legionowo, dnia ............................. ....................................................................

 *(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna\*)*

\*) *właściwe podkreślić*