

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Wrocław, dnia r.

.....
(adres zamieszkania)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(telefon kontaktowy)

**Dyrektor Liceum Ogólnokształcącego nr IV
im. Stefana Żeromskiego
ul. Stacha Świstackiego 12-14
50-430 Wrocław**

Proszę o zwolnienie mnie

(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

uczennicy/ucznia klasy _____ w roku szkolnym 2026/2027

z zajęć wychowania fizycznego na okres _____

zgodnie z zaświadczeniem lekarskim z dnia _____

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. 1 egzemplarz (oryginał) zaświadczenia lekarskiego.