

Gorzów Wlkp., dnia

Imię i nazwisko, klasa, adres
(uczeń pełnoletni),

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

Dyrektor
IV Liceum Ogólnokształcącego
im. T. Kotarbińskiego
w Gorzowie Wlkp.

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SAMOOBRONY

Proszę o zwolnienie – imię i nazwisko

ucznia klasy z zajęć samoobrony w okresie

od dnia do dnia z powodu:

.....
.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

.....
podpis ucznia pełnoletniego