

Gorzów Wlkp., dnia

Imię i nazwisko, adres
rodzica (opiekuna prawnego),

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

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

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SAMOOBRONY

Proszę o zwolnienie syna/córki

ucznia/uczennicy klasy z zajęć samoobrony w okresie

od dnia do dnia z powodu:

.....
.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego