

Gdynia, dn. ....201...r.

Nazwisko.....

Imię .....

Adres zam. ....

.....

Telefon: .....

*Dane rodzica lub prawnego opiekuna*

Dyrektor Zespołu Szkół nr 9

ul. Chyłońska 227

81-007 Gdynia

#### PROŚBA

*W związku ze zwolnieniem córki/syna\* .....  
w okresie od ..... do ..... z zajęć wychowania  
fizycznego zwracam się z prośbą o zwolnienie córki/syna\* z obowiązku obecności na w/w zajęciach  
w dniach, **gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.***

*Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna\* w tym czasie  
poza terenem szkoły.*

.....

(czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody\*

.....

(podpis i pieczęć Dyrektora Szkoły)

\*niepotrzebne skreślić