

....., dnia

**Do Dyrektora
Zespołu Szkół Licealnych
w Ustrzykach Dolnych**

.....
(imię i nazwisko ucznia)

Zwracam się z prośbą o zwolnienie z zajęć **wychowania fizycznego** na podstawie opinii o ograniczonych możliwościach uczestnictwa w tych zajęciach wydanej przez lekarza.

.....
Podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego ucznia

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
podpis dyrektora

....., dnia

**Dyrektor
Zespołu Szkół Licealnych
w Ustrzykach Dolnych**

**REZYGNACJA RODZICA Z UCZĘSZCZANIA JEGO DZIECKA
NA LEKCJE WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej w sprawie warunków i sposobu organizowania nauki WDŻ w publicznych szkołach, niniejszym oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojego syna/mojej córki

.....,
(imię i nazwisko dziecka)

ucznia/uczennicy klasy z zajęć wychowania do życia w rodzinie.

.....
podpis rodzica / prawnego opiekuna