



I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. ADAMA MICKIEWICZA
07—100 Węgrów, ul. Mickiewicza 3, tel./fax (25) 792-44-24, NIP: 8241275240
email: lo_weg@poczta.onet.pl www.lowegrow.aplus.pl

Węgrów, dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
Adres

.....
Telefon

Sz. P.

Ewa Dmowska

**Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego
im. Adama Mickiewicza w Węgrowie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie mojego syn/ mojej córki
.....ucznia/uczennicy klasy.....z zajęć wychowania
fizycznego na podstawie zaświadczenia lekarza w okresie od.....do.....

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
data urodzenia ucznia

.....
imię i nazwisko wychowawcy

.....
imię i nazwisko n-la wychowania fizycznego

Z poważaniem

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)