

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ

Lublin, dn. ....

**DANE RODZICÓW**

(opiekunów prawnych)

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

**Dyrektor  
Zespołu Szkół Plastycznych im.  
C. K. Norwida w Lublinie**

W związku z opinią lekarza o braku możliwości realizacji zajęć (w załączeniu) proszę o  
zwolnienie syna/córki\* .....

ucz. kl. .... z zajęć .....

w okresie od ..... do .....

---

(wypełnia zainteresowany rodzic/opiekun prawny)

Jednocześnie zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności na  
tych zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

.....  
(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo  
córki/syna\* w tym czasie poza terenem szkoły

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

---

***Decyzja dyrektora szkoły***

Na podstawie opinii o braku możliwości realizacji zajęć .....  
zwalniam ucznia z w/w zajęć.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na nieobecność ucz. ....  
na zajęciach.

Otrzymują:

- 1) ..... – rodzic/opiekun prawny
- 2) ..... – nauczyciel wf
- 3) ..... – wychowawca klasy
- 4) a/a

\* Niepotrzebne skreślić