……………………………, dnia…………………………

Nazwisko i imię /rodzica ucznia/ucznia pełnoletniego

Adres zamieszkania

**Do Dyrektora**

**Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego**

**w Sosnowcu ul. Kilińskiego 25**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie

 mojego syna/córki ………………………………………………………ur…………………………………

ucznia/uczennicy klasy …………………………………..

- Technikum nr 2 Architektoniczno-Budowlanego

- Technikum nr 4 Transportowego

- Technikum nr 5 Samochodowo-Mechatronicznego im. Jana Kilińskiego

- Technikum nr 6 Grafiki, Logistyki i Środowiska im. Legionów Polskich

- Branżowej Szkoły I Stopnia nr 2

- Branżowej Szkoły I Stopnia nr 3 Architektoniczno-Budowlanej

- Branżowej Szkoły I Stopnia nr 7 Samochodowo-Mechatronicznej im. Jana Kilińskiego

- Branżowej Szkoły I Stopnia Specjalnej

/właściwe podkreślić/

na podstawie opinii lekarskiej z :

1. Określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach z wychowania fizycznego na podstawie opinii lekarza o ograniczonych możliwościach wykonywania przez syna/córkę tych ćwiczeń w okresie od…………………………….do……………………………...
2. Realizacji zajęć wychowania fizycznego i/lub basenu na podstawie opinii lekarza o braku możliwości uczestniczenia syna/córki w tych zajęciach na czas od………………………….……….. do………………………………

/właściwe podkreślić/

……………………………………………….podpis rodzica/opiekuna