

Warszawa, dn.

.....
Imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)
.....

.....
Adres zamieszkania

Dyrektor

XCIV Liceum Ogólnokształcące

Im. Gen. St. Maczka

Z tytułu posiadanego zwolnienia lekarskiego zwracam się z prośbą o zwolnienie

.....
Imię i nazwisko ucznia i klasa

z zajęć wychowania fizycznego na okres

Zwolnienie lekarskie w załączeniu.

.....
Podpis rodzica (prawnego opiekuna)