

Warszawa, dn.

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

.....

.....

.....
adres zamieszkania

Dyrektor
XXII Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. José Martí w Warszawie

Z tytułu posiadanego zwolnienia lekarskiego zwracam się z prośbą o zwolnienie
mojego dziecka

imię i nazwisko ucznia, klasa

z zajęć wychowania fizycznego na okres

Zwolnienie lekarskie w załączeniu.

.....
podpis rodzica (prawnego opiekuna)