



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](mailto: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)