..……………………………………….……. Żory, ……………………

imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia

**Dyrektor**

**CKZiU w Żorach**

**WNIOSEK
O ZWOLNIENIE NA ZAJĘCIACH KOMPUTEROWYCH / INFORMATYCE\***

Proszę o zwolnienie mojego syna /mojej córki/ mnie\* ……………………………………………...

ur. ………………………..…..…..……. w ……………………………..……..………..,
ucznia / uczennicy\* klasy …………….…….. z zajęć **komputerowych / informatyki\*** w okresie:

od dnia ……………….………...……..………. do dnia …………....…..…………………….

**na podstawie dołączonej opinii lekarskiej**.

W przypadku zwolnienia z realizacji zajęć komputerowych / informatyki\* zwracam się z prośbą
o zwolnienie syna /córki/ mnie\* z obowiązku obecności na ww. zajęciach w przypadku, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

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

\* niepotrzebne skreślić

……….…………………………………..

czytelny podpis

rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia