

Włocławek, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek, numer albumu, rok studiów

.....
adres zamieszkania

.....
nr tel.

**Kierownik
Studium Wychowania Fizycznego i Sportu
Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie mnie z zajęć wychowania fizycznego z powodu problemów zdrowotnych.

Czas/okres trwania zwolnienia z zajęć:

- semestr zimowy/letni* roku akademickiego
- rok akademicki
- na czas od..... do

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie.

.....
podpis studenta

Decyzja Kierownika:

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*

.....
data i podpis

(*) niepotrzebne skreślić