

.....
(imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów)

.....

.....
(nr. telefonu do kontaktu)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej
im. Wojska Polskiego
w Wiewiórczynie
ul. Szkolna 1
98 – 100 Łask

PODANIE
O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO / WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO*

Proszę o zwolnienie mojego syna / mojej córki *

.....
Imię i nazwisko ucznia / uczennicy

ucznia/uczennicy klasy Szkoły Podstawowej im. Wojska Polskiego w Wiewiórczynie
z (zaznaczyć właściwe):

- zajęć wychowania fizycznego,
- wykonywania określonych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego

w okresie (zaznaczyć właściwe):

- od dnia do dnia
- na okres pierwszego /drugiego* półrocza roku szkolnego 20...../ 20.....
- na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu.....

.....

.....

W załączniku przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych

* - niepotrzebne skreślić