

Dąbrówka,

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Adres zamieszkania, telefon

.....

.....

Dyrektor
Szkoły Podstawowej
im. Kawalerów Orderu Uśmiechu
w Dąbrówce

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI
ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojej córki / syna.....
(imię i nazwisko)

ur.:....., uczniocy / ucznia klasy..... z realizacji zajęć
wychowania fizycznego w okresie od dnia..... do dnia

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie z dnia

Jednocześnie proszę o zwolnienie mojego syna / mojej córki

(imię i nazwisko)

z obecności w szkole w czasie ww. zajęć jeśli przypadają na pierwsze lub ostatnie lekcje
w planie.

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w tym czasie.

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego