

Dąbrówka,

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Adres zamieszkania, nr telefonu

.....

.....

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

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie z dnia

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego