

Wrocław,

.....
imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

Pan
Marek Marcinkowski
Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 43
z Oddziałami Integracyjnymi
im. Jana Kaczmarka
ul. Grochowa 36-38
53-424 Wrocław

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJEĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna/ córki

.....
imię i nazwisko dziecka

uczennicy/ucznia klasy

*) z wykonywania ćwiczeń określonych w zaświadczeniu lekarskim

*) z zajęć wychowania fizycznego

w terminie od do

z powodu:

*) ograniczonych możliwości wykonywania przez *córkę/ syna* ćwiczeń wskazanych w opinii lekarza.

*) braku możliwości uczestniczenia przez *córkę/ syna* w zajęciach wychowania fizycznego.

*) niepotrzebne skreślić

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....
/podpis rodzica/ opiekuna dziecka/