DANE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA Skała, dn. ………………

Nazwisko:………………………………..

Imię: ……………………………………..

Adres: ……………………………………

Dyrektor

Zespołu Szkół i Placówek Oświatowych

w Skale

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/jej syna/córki\*

......................................................................................................................................................

(nazwisko i imię)

ur. .................................., PESEL ……………… ucznia/uczennicy\* klasy...............................

z zajęć wychowania fizycznego:

- z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania

fizycznego \* …………………………………………………………………………………

- z całkowitego zwolnienia\*

w okresie :

od dnia.................................... do dnia...........................................\*

na okres roku szkolnego 20....../20.......\*

na podstawie opinii wydanej przez lekarza:

z powodu.....................................................................................................

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.........................................................................

( podpis rodzica lub opiekuna)

\* niepotrzebne skreślić