

DANE RODZICA/ PRAWNEGO OPIEKUNA

Imię i Nazwisko _____

Adres _____

(miejscowość i data)

Dyrektor

Spolecznej Szkoły Podstawowej nr 10

im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Spolecznego Towarzystwa Oświatowego

w Warszawie

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki _____

ur. _____, ucznia / uczennicy klasy _____ z:

- wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego *
- całkowitego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego *

na podstawie opinii wydanej przez lekarza:

- od dnia _____ do dnia _____
- na okres semestru _____ roku szkolnego 20____ / 20____
- na okres roku szkolnego 20____ / 20____

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

* niepotrzebne skreślić