

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

Skierniewice,

.....
adres zamieszkania,

.....

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 2
w Skierniewicach**

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna*

.....
(imię i nazwisko)

ur....., uczniicy / ucznia* klasy.....

z następujących ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego
(na podstawie opinii wydanej przez lekarza):

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

w okresie:

od dnia..... do dnia.....

na okres I / II* półrocza roku szkolnego 20...../20.....

na okres roku szkolnego 20...../20.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić