

Warszawa, dn.

.....
(imię i nazwisko rodzica, prawnego opiekuna)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

Do Dyrektora Szkoły Podstawowej Nr 114
z Oddziałami Integracyjnymi w Warszawie
ul. Remiszewska 40
03-550 Warszawa

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna / córki

.....
(imię i nazwisko)
ur., ucznia / uczennicy klasy

z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

od dnia do dnia.....

- na okres I lub II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....*

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

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

*niepotrzebne skreślić

Z poważaniem

.....
(podpis rodzica, prawnego opiekuna)

Załączniki:

1. Zwolnienie lekarskie