

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 2 W ZALASEWIE
ul. Jana Heweliusza 26; 62-020 Swarzędz

.....
miejsowość, data

.....
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....
(adres zamieszkania)

Pani Beata Hałas
Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 2 w Zalasewie

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie syna/córki*

.....
imię i nazwisko

data urodzenia:, klasa,

z zajęć wychowania fizycznego w okresie

zgodnie z załączonym zaświadczeniem lekarskim.

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

W związku z opinią lekarza o braku możliwości uczestniczenia dziecka w zajęciach wychowania fizycznego proszę o zwalnianie mojego dziecka z obecności w szkole w czasie ww. zajęć, jeśli przypadają one na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej.

Jednocześnie oświadczam, że w godzinach trwania zajęć biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko.

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

Załącznik:

- zaświadczenie lekarskie.