

**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.