

..... Kleszczewo,
Imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)
.....
.....
adres zamieszkania, telefon

Dyrektor
Zespołu Szkół w Kleszczewie

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki*

.....

ur., ucznia/uczenicy* klasy szkoły
podstawowej z zajęć wychowania fizycznego w okresie :

- a. od dnia do dnia
- b. na okres I półrocza/ II półrocza roku szkolnego 20...../20.....
- c. na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu

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

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
podpis rodzica (opiekuna)

* niewłaściwe skreślić