

.....
miejsowość i data

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

.....
adres zamieszkania rodziców

.....
telefon kontaktowy

Dyrektor

.....
(nazwa i numer szkoły)

.....
(adres szkoły)

Podanie o zwolnienie z zajęć z wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego mojego/mojej syna/córki

.....
ur....., ucznia/uczennicy klasy.....

z zajęć wychowania fizycznego

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

na okres I semestru roku szkolnego 20...../20.....

na okres II semestru roku szkolnego 20...../20.....

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

z powodu.....

/podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej/

.....
data i podpis rodzica (prawnego opiekuna)

Załącznik – zaświadczenie lekarskie

*niepotrzebne skreślić