

Dane rodziców/prawnych opiekunów

Wyry, dnia.....

.....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej w Wyrach**

PROŚBA O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki*

(nazwisko i imię)

ucznia/uczennicy* klasy z zajęć wychowania fizycznego

w okresie od dnia..... do dnia.....

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

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

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

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

(podpis rodzica lub opiekuna)

W związku ze zwolnieniem syna/córki*

(nazwisko i imię)

ucznia/uczennicy* klasy z zajęć wychowania fizycznego zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach podczas trwania zwolnienia, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki* w tym czasie poza terenem szkoły.

.....

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

*Niepotrzebne skreślić