

.....,

Dyrektor Zespołu Szkół w Teresinie
Al. XX-lecia 12
96-500 Teresin

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna/ córki

.....

imię i nazwisko dziecka

ur. W

uczennicy/ucznia klasy

*) z wykonywania ćwiczeń określonych w zaświadczeniu lekarskim

*) z zajęć wychowania fizycznego

w terminie od do

z powodu:

*) ograniczonych możliwości wykonywania przez *córkę/ syna* ćwiczeń
wskazanych w opinii lekarza.

*) braku możliwości uczestniczenia przez *córkę/ syna* w zajęciach wychowania
fizycznego.

*) niepotrzebne skreślić

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

/podpis rodzica/ opiekuna dziecka/