

Rumia,

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

.....
(adres)
.....

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 6
im. Aleksandra Majkowskiego w Rumii

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna / mojej córki*
(imię i nazwisko)

PESEL: ur.ucznia/ uczennicy * klasy

z zajęć wychowania fizycznego na czas określony przez lekarza w załączonej opinii lekarskiej
wydanej w dniu

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić