

Rumia,

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

.....
(adres)

.....

Dyrektor
Szkoly Podstawowej nr 6
im. Aleksandra Majkowskiego w Rumi

PODANIE O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

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

PESEL: ur.ucznia/ uczennicy * klasy

z wykonywania określonych przez lekarza ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania

fizycznego na czas określony w załączonej opinii lekarskiej wydanej w dniu

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

*niepotrzebne skreślić