

DANE RODZICÓW

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej
im. Edmunda Bojanowskiego w Kunowie**

W związku z opinią lekarza (w załączeniu) proszę o zwolnienie syna/córki/podopiecznego*

.....
(imię i nazwisko, klasa)

z zajęć wychowania fizycznego / z ćwiczeń wskazanych w opinii*

w okresie od..... do

Zwracam się z prośbą o zwolnienie ucznia z obowiązku obecności na zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

Oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo ucznia w tym czasie poza terenem szkoły

.....
podpis rodziców/prawnych opiekunów

Decyzja dyrektora szkoły

Zwalniam ucznia z zajęć wychowania fizycznego/ćwiczeń fizycznych wskazanych w opinii lekarza*

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na nieobecność ucznia na zajęciach.

.....
(data i czytelny podpis dyrektora szkoły)

Otrzymują:

1. – rodzic/opiekun prawny
2. – nauczyciel wf
3. – wychowawca klasy
4. a/a

* Niepotrzebne skreślić