Piastów,………………………………

Dotyczy:

Uczeń/uczennica:

……………………………………………………………

……………………………………………………………

Klasa ………………………….

 Dyrektor Szkoły

 p.Urszula Skrzypczak

 WNIOSEK

 Zwracam się z prośbą o zwolnienie ……………………………………………………….

 (imię i nazwisko ucznia)

z zajęć wychowania fizycznego zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

Deklaruję sprawowanie opieki nad dzieckiem w czasie gdy zajęcia wf odbywają się na pierwszej i/lub ostatniej godzinie lekcyjnej: **TAK NIE**

 (niepotrzebne skreślić)

 Rodzic/opiekun prawny:

 ……………………………………………………………

 (czytelny podpis)