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)