Józefów, ……………………………………. 20……….. r.

……………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

……………………………………………………………………………….

(ulica, numer domu, mieszkania)

……………………………………………………………………………….

(kod pocztowy, miejscowość)

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2

Im. Romualda Traugutta

05-410 Józefów

Ul. Graniczna 26

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie naszej/naszego syna/córki.………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

ur. …………………………………………………., ucz. klasy ………………… z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

1. od dn. ……………………………….. do dn. ………………………………..
2. na okres pierwszego półrocza
3. na okres drugiego półrocza
4. na cały rok szkolny 20……./20……

z powodu …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

W załączeniu przedstawiamy zaświadczenie lekarskie z dnia ………………………………………………………………

…………………………………………………………………………….

(czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)

W związku ze zwolnieniem, zwracamy się z prośbą o zwolnienie syna/córki z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej lekcji tj.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

W tym czasie bierzemy za nasze dziecko pełną odpowiedzialność.

…………………………………………………………………………….

(czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)