

Wałdowo Szlacheckie, dnia

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

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

Dyrektor Szkoły Podstawowej
w Wałdowie Szlacheckim
86-300 Grudziądz

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej córki/syna*

.....
(imię i nazwisko ucznia)

ur., uczennicy/ucznia* klasy

(data i miejsce urodzenia)

z realizacji zajęć wychowania fizycznego / wykonywania określonych ćwiczeń*

od dnia do dnia

z powodu:

.....
.....
.....
.....

W załączeniu przedkładam opinię lekarską.

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

* niepotrzebne skreślić