

Wałdowo Szlacheckie, dnia .....

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

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

Dyrektor Szkoły Podstawowej  
w Wałdowie Szlacheckim  
86-302 Wałdowo Szlacheckie 57

### **WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej/mojego córki/syna\*

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

ur. ...., uczeniicy/uczni\* 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