

.....
(miejscowość, data)

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

.....
(adres zamieszkania)

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 19
im. Wandy Chotomskiej w Łodzi
al. ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 100
94-050 Łódź

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO/PŁYWANIA*

Proszę o zwolnienie córki/syna*
(imię i nazwisko)

ucznia/uczennicy* klasy z realizacji zajęć wychowania fizycznego/pływania*

w okresie od dnia do dnia

na podstawie opinii lekarskiej z dnia

o braku możliwości uczestniczenia ucznia w tych zajęciach.

Zwracam się z prośbą o zwolnienie córki/syna* z obowiązku obecności na ww. zajęciach, jeśli odbywają się one na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna* w tym czasie.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

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

***właściwe podkreślić**