

Załącznik nr 1
do Procedury uzyskiwania zwolnień z wf

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

Józefów, dnia.....

.....
Adres, tel.

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 1
ul. Mickiewicza 11
05-420 Józefów

PODANIE O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna /córki.....
ur. , ucznia / uczennicy klasy , z realizacji zajęć
wychowania fizycznego w okresie: od dnia do dnia
roku szkolnego 20..... / 20..... W załączeniu przedstawiam opinię lekarską o braku możliwości
uczestniczenia ucznia w tych zajęciach.

(podpis rodzica (opiekuna))