

Chorzów, dnia

.....

imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

.....

.....

.....

adres zamieszkania, telefon

Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr 5
z Oddziałami Sportowymi
im. Janusza Kusocińskiego w Chorzowie

PODANIE

O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO (OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH)

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki,
ucznia/uczennicy klasy Szkoły Podstawowej Nr 5 z Oddziałami Sportowymi

- z zajęć wychowania fizycznego
- z zajęć na basenie
- treningu
- z ćwiczeń określonych przez lekarza w załączonej opinii

(właściwe podkreślić)

od dnia..... do dnia

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

podpis rodzica (prawnego opiekuna)