

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

.....
adres: ulica, nr domu, nr mieszkania

.....
adres: kod pocztowy, miejscowość

Warszawa,

**Pani
Iwona Sękalska-Marciniak
Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 97
ul. Spiska 1 , Warszawa**

Dotyczy: zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mojej córki/mojego syna.....

ur. dnia, uczennicy/ucznia klasy.....

z zajęć wychowania fizycznego w okresie:.....

z powodu

W załączeniu przedkładam opinię lekarską o ograniczonych możliwościach uczestniczenia córki/syna* w zajęciach wychowania fizycznego.

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

W związku ze zwolnieniem mojej córki/mojego syna

uczennicy/ucznia * klasy, w okresie:

z zajęć wychowania fizycznego, proszę o zwolnienie córki/syna z obowiązku obecności na zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszych/ostatnich lekcjach, tj.:

.....
podać dni i godziny zajęć

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna* poza terenem szkoły w tym czasie.

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