

.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
adres

Dyrektor
Publicznej Szkoły Podstawowej
Im. Jana Pawła II
w Strzelcach Małych

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ LUB Z WYKONYWANIA POSZCZEGOLNYCH ĆWICZEŃ
WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego dziecka
ur. dnia, ucznia/uczennicy klasy z zajęć
wychowania fizycznego na podstawie zwolnienia /zaświadczenia lekarskiego od dnia
..... do dnia

W załączeniu przedkładam zwolnienie/zaświadczenie lekarskie. Proszę o
pozytywne rozpatrzenie mojego podania.

.....
podpis rodziców