|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………  (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia)  …………………………………………  (adres  ………………………………………….  telefon kontaktowy) | Michałowice, dnia …………… |

**Pani**

**Magdalena Fimowicz-Wasiak**

Dyrektor

Szkoły Podstawowej w Michałowiczach

im. Jana Pawła II

# PODANIE O ZWOLNIENIE Z ĆWICZEŃ NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/mojej\* syna/córki\* …………………….........................................….……………………., ucznia/uczennicy\* klasy ……………………. z ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego w okresie

od ........................................................... do ……………………………………….……........................................ zgodnie z **załączonym** orzeczeniem/zaświadczeniem lekarskim.

Jednocześnie proszę o zwolnienie z obecności mojego/mojej syna/córki\* z pierwszych lub ostatnich lekcji wychowania fizycznego wg obowiązującego planu zajęć.

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki\* w tym czasie poza terenem szkoły.

……………………………………..…

(czytelnypodpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

Załącznik:

orzeczenie lekarskie