

.....
imię i nazwisko rodzica /opiekuna/ ucznia

.....
miejsowość, data

.....
adres

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
nr telefonu rodzica/opiekuna/

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 3
im. Kawalerów Orderu Uśmiechu
w Koninie
ul. Sosnowa 16
62-510 Konin

**PODANIE
O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie syna/córki*.....
ucznia/uczennicy* klasy z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od dnia do dnia na podstawie opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia w tych zajęciach wydanej przez lekarza.

Zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach gdy są one na pierwszej/ostatniej godzinie lekcyjnej. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki* w tym czasie.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna/ ucznia

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody

.....
data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły

Przyjąłem/Przyjęłam do wiadomości:

.....
data, podpis wychowawcy

.....
data, podpis nauczyciela wychowania fizycznego

*niepotrzebne skreślić