

Dane rodziców/prawnych opiekunów:

Wieleń, dnia.....

.....

Nazwisko i imię

.....

Adres

.....

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1  
im. Kazimierza Wielkiego  
w Wieleniu**

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

ucznia/ uczennicy klasy\* ..... z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

od dnia ..... do dnia ..... na podstawie załączonej opinii  
lekarza.

\* niewłaściwe skreślić

.....

Podpis rodzica/ prawnego opiekuna