

Dane rodziców/prawnych opiekunów:

Wielen, 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 wykonywania ćwiczeń określonych w opinii lekarza

na zajęciach wychowania fizycznego, w okresie:

od dnia do dnia

W załączeniu opinia lekarza.

* niewłaściwe skreślić

.....

Podpis rodzica/ prawnego opiekuna