Kalisz Pomorski, …………………………………..

………………………………………………….

Imię i nazwisko Rodzica/prawnego opiekuna

…………………………………………………

…………………………………………………

adres

Pani Dorota Ławniczak

Dyrektor

Szkoły Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego

w Kaliszu Pomorskim

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego dziecka ………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko

urodzonego: ………………………………..………………………, ucznia klasy ………………………………….……………………

z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

- od dnia ………………….. do dnia ………………………….;

- na okres roku szkolnego ………………………………….;

z powodu ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

………………………………………………………………

podpis rodzica /prawnego opiekuna