…………………………………………

 (miejscowość, data)

………………………………………………………

 (imię i nazwisko ucznia)

………………………………………………………

 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

………………………….……………………………

 (dokładny adres zamieszkania ucznia)

 **Marcin Piontek**

 **Dyrektor Szkoły Podstawowej w Brzeźcach**

 **ul. Pokoju 2**

 **43-200 Brzeźce**

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

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

ucznia/uczennicy\* klasy ……………………. z zajęć wychowania fizycznego w okresie od ................................................................ do ……….……...................................................... z powodu ………………………………………………………………………………………..

zgodnie z załączonym zaświadczeniem lekarskim.

\*niepotrzebne skreślić

 ……………………………….……………………..…

 ( data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

*Załącznik:*

- zaświadczenie lekarskie