…………………………………………

(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