Zał. Nr 3 do Procedury zwolnień z lekcji WF-u

………………………………………………………………………..….. Kutno, dnia ………………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia

…………………………………………………….……………………….

Adres

…………………………………………………………………….………..

Nr Tel. Komórkowego

 S. Dorota Janiszewska

 Dyrektor

Publicznej Katolickiej Szkoły Podstawowej

Im. Św. Stanisława Kostki w Kutnie

**PODANIE O CZĘŚCIOWE ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

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

ucznia/uczennicy\* klasy ……………………. z określonych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego w okresie od .................................................... do ……………………………………….……...........................

zgodnie z załączonym orzeczeniem lekarskim.

 ………………………..……………………………………..…

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

Załącznik:

orzeczenie lekarskie

**Decyzja Dyrektora Szkoły:**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*

………….……………………….

(data, podpis dyrektora)

………………………………….………..

(data, podpis nauczyciela wf )

…………………………………….……..

(data, podpis wychowawcy)

\* niepotrzebne skreślić