Poznań, dnia ………………………….. 20…

………………………………………………………………

( nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego)

………………………………………………………………………………………

(miejsce zamieszkania)

 Dyrektor

 Zespołu Szkolno-Przedszkolnego Nr 6

 w Poznaniu

 Proszę o zwolnienie mojej córki/ mojego syna ………………………………………………………………..

uczennicy/ucznia\* klasy ……………………………………………………………………………………………………………

 z wykonywania określonych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego

 realizacji zajęć wychowania fizycznego

w okresie od …………………………………………………………. do ……………………………………………………….

na podstawie opinii lekarskiej z dnia ……………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………….. (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

 Proszę o zwolnienie z obecności dziecka na zajęciach wychowania fizycznego w przypadku, gdy zajęcia przypadają na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej (w planie klasy w danym dniu.

Jednocześnie oświadczam, że w takiej sytuacji ponoszę pełną odpowiedzialność za dziecko.

 ……………………………………………………… ( podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

* Niepotrzebne skreślić