…………………………., dn. ………………

…………………………………………….……………………………

 (*nazwisko i imię rodzica/prawnego opiekuna*)

……………………………….…………………………………………

 (*adres zamieszkania*)

……………………………….…………………………………………

 (*telefon kontaktowy*)

**DYREKTOR**

**Zespołu Szkół Nr 1 im. Cypriana Kamila Norwida w Świdniku**

**Podanie o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

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

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

lub

- na okres I\*\*/ II\*\* półrocza roku szkolnego 20……../20…..…. \*

- na okres roku szkolnego 20…….../20…….….\*

z powodu………………………………………………………………………………………..…..……………………………….……………………………............................................................…………………………………………………………..

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie z dnia …………………………………………………….

..………………..………………………………………………………

(*czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna*)

*\*Niepotrzebne skreślić*

*\*\*Proszę skreślić niepotrzebne oznaczenie semestru*