

Stryków, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....
.....
(adres zamieszkania)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 1
im. Władysława Jagiełły
w Strykowie

Wniosek o zwolnienie ucznia z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie z obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego/wykonywania ćwiczeń wskazanych w opinii lekarza w roku szkolnym w okresie od do mojej córki/ mojego syna *:

..... uczennicy/ucznia* klasy.....
(imię i nazwisko ucznia)

W załączeniu –

W czasie, kiedy klasa będzie uczestniczyła w zajęciach z wychowania fizycznego, córka/syn * będzie przebywać pod opieką nauczyciela w świetlicy szkolnej.

W przypadku, kiedy ww. zajęcia będą pierwszą lub ostatnią lekcją, wyrażam zgodę, aby córka/syn * przebywała /przebywał* w domu i biorę całkowitą odpowiedzialność za jej/jego* bezpieczeństwo w tym czasie.

.....
(podpis rodzica)

*niepotrzebne skreślić.