

Gniezno, dn.

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

.....
adres zamieszkania

.....
tel. kontaktowy

Dyrektor

Szkoły Podstawowej Nr 2

**im. Ks. Majora Mateusza Zabłockiego
w Gnieźnie**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego dziecka
(imię i nazwisko ucznia)

ur. w ucznia/ uczennicy klasy z zajęć wychowania
fizycznego:

☐ od dnia do dnia

☐ na czas semestru roku szkolnego 20...../ 20.....

☐ na czas całego roku szkolnego 20...../ 20.....

z powodu

W tym czasie dziecko będzie

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie
2.

.....
(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)