**Załącznik nr 2**

do procedury uzyskiwania zwolnień z wychowania fizycznego

…………………………………. Wędrzyn, ……………………

*Imię i nazwisko rodzica*

………………………………….

*Adres zamieszkania, telefon*

………………………………….

Dyrektor

Szkoły Podstawowej

im. Żołnierza Polskiego

w Wędrzynie

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH**

**NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna\*

……………………………………………………………………………………………….......

*(imię i nazwisko)*

ur………………………………………, uczennicy/ucznia\* klasy…………..………………...

z następujących ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego

( na podstawie opinii wydanej przez lekarza):

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

w okresie:

- od dnia………………… do dnia……………….............

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

- na okres roku szkolnego 20……./20……

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

…………………………………………….

*podpis rodzica / opiekuna prawnego*

\*niepotrzebne skreślić