

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

Adres zamieszkania

Przemyśl dnia.....

Dyrektor

Zespołu Szkół w Ostrowie

Wniosek

o zwolnienie

Z realizacji zajęć wychowania fizycznego

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

Ur. ucznia/uczennicy
klasy..... realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie
od do w związku z wydaną opinią lekarza o
braku możliwości uczestniczenia mojego dziecka w zajęciach
wychowania fizycznego.

W załączeniu opinia lekarza

Podpis obojga rodziców (opiekunów prawnych)