

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

.....  
miejscowość, data

.....  
adres

.....  
kod pocztowy, miejscowość

## Dyrektor Szkoły Podstawowej w Bziance

### PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie syna/córki\* .....,  
ucznia/uczennicy\* klasy ..... z zajęć wychowania fizycznego w okresie od dnia  
..... do dnia .....

- na okres I półrocza roku szkolnego 20...../20.....

- na okres II półrocza roku szkolnego 20...../20.....

- na okres roku szkolnego 20...../20.....

na podstawie opinii o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia tych  
ćwiczeń wydanej przez lekarza .

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....  
czytelny podpis rodzica/opiekuna/  
pełnoletniego ucznia

#### Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody

.....  
data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły

#### Przyjąłem/Przyjęłam do wiadomości:

.....  
data, podpis wychowawcy

.....  
data, podpis nauczyciela wychowania fizycznego

\* niepotrzebne skreślić