

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

.....  
miejsowość, data

.....  
adres

.....  
kod pocztowy, miejscowość

## **Dyrektor Szkoły Podstawowej w Bziance**

### **PODANIE O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie syna/córki\* .....,  
ucznia/uczennicy\* klasy ..... z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach  
wychowania fizycznego w okresie od dnia ..... do dnia .....  
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