

Załącznik nr 1

Wrocław, dnia.....

.....
Imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

.....
adres zamieszkania, nr telefonu

Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej Marco Polo

51-213 Wrocław

ul. Zatorska 11

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej córki/syna*.....
.....ucznicy/ucznia* klasy.....
z realizacji zajęć wychowania fizycznego/wykonywania określonych ćwiczeń*
od dnia do dnia
z powodu:.....
.....

W załączeniu przedkładam opinię lekarską.

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

*niepotrzebne skreślić

Wrocław, dnia.....

.....
Imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

.....
adres zamieszkania, nr telefonu

Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej Marco Polo

51-213 Wrocław

ul. Zatorska 11

W związku ze zwolnieniem syna/córki*
ucz. kl. z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od..... do.....
zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności na tych zajęciach
w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji, tj.:

..... - wypisać dni tygodnia i godziny zajęć.

Jednocześnie oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna* w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
czytelny podpis rodzica (prawnego opiekuna)

Decyzja dyrektora szkoły

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

.....
data i podpis dyrektora szkoły

Uwaga: W czasie, gdy uczeń jest zwolniony z tych zajęć, nie może przebywać na terenie szkoły.

Otrzymują:

1. Rodzice

2. a.a

* Niepotrzebne skreślić