............................................................................. Konin, dnia ...................................

*(nazwisko i imię rodzica/prawnego opiekuna)*

.............................................................................

*(adres zamieszkania)*

***Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 15***

***im. Polskich Olimpijczyków***

***w Koninie***

## Proszę o zwolnienie mojego syna / córki\* ............................................................................., ur. *...........................,* ucznia /uczennicy\* klasy *...................* z realizacji zajęć wychowania fizycznego / z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego \* w okresie:

‑ od dnia*…..................................* do dnia *….................................*

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

‑ na okres roku szkolnego 20…........ / 20 ….......

z powodu…..........................................................................................................................................

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

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

………………......…………………………..

*podpis rodzica (opiekuna)*

*\*niepotrzebne skreślić*