............................................................................. 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*