Besiekierz Rudny, …………………..…

.…………………………………..

……………………………………

……………………………………

……………………………………

*(imię i nazwisko, adres rodzica/ opiekuna)*

 **Dyrektor**

 **Szkoły Podstawowej im.**

 **28 Pułku Strzelców Kaniowskich**

 **w Besiekierzu Rudnym**

Na podstawie zaświadczenia lekarskiego z dnia ..................................... proszę o zwolnienie mojego syna/córki……………..…….….……………..….ucznia/uczennicy klasy ……… z zajęć wychowania fizycznego /ze wskazanych ćwiczeń \* (*właściwe podkreślić*) w terminie …………………………………. w roku szkolnym ……….............................………

 Do wniosku dołączam zaświadczenie lekarskie.

……………………………………………………. *czytelny podpis rodzica /opiekuna*

**Decyzja dyrektora szkoły:**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* …………………………………………………..

 *podpis dyrektora*

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

(data, podpis nauczyciela wychowania fizycznego )

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

(data, podpis wychowawcy)