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)