

Warszawa, dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Adres zamieszkania, Numer telefonu

Dyrektor Autorskiej Szkoły Podstawowej nr 12

ul. Armii Krajowej 9

05-075 Warszawa

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej córki/syna*

ur. uczennicy/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)