Kraków, ............................................

Dyrektor

ZSOMS im. Mikołaja Kopernika

ul. Grochowska 20

31-521 Kraków

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie córki/syna/mnie\*...................................................................................................

(imię i nazwisko)

PESEL ……………..…….... ur. ......................................... , uczennicy/ucznia\* klasy ......................,

z zajęć wychowania

fizycznego w okresie:

- od dnia\* ........................................... do dnia\* ..............................................

- na I okres/na II okres\* roku szkolnego 20........ / 20........

- na rok szkolny\* 20........ / 20........

z powodu

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

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

W załączeniu przedkładam zaświadczenie lekarskie.

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

(czytelne podpisy rodziców/ucznia pełnoletniego\*)

\* niepotrzebne skreślić