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