Wasilków dn. ……………………….

*…………………………………………………………………*

*imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)*

*…………………………………………………………*

*adres: ulica, nr domu, nr mieszkania zamieszkania*

*…………………………………………………………*

*kod pocztowy, miejscowość*

 Do Dyrektora Szkoły Podstawowej nr 1 im. ks. Wacława Rabczyńskiego w Wasilkowie

PODANIE

O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

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

ucz. klasy ……… , ur. dnia ……..………, z realizacji zajęć wychowania fizycznego /zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń w okresie:

- od dnia .......................................... do dnia ……………………….

- na okres I lub II semestru roku szkolnego 20……../20………

- na okres roku szkolnego 20………./20…………..

z powodu …………………………………………………………………………………………... .

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską o braku możliwości uczestniczenia syna/córki \* w tych zajęciach.

 …………………………………………………..

*czytelny podpis rodzica (opiekuna prawnego)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jednocześnie proszę o zwolnienie mojego syna/córki \* z obowiązku obecności na zajęciach wychowania fizycznego w dniach, gdy są one na pierwszej i /lub ostatniej lekcji, tj.:

................................................................................................................................................................**(należy wpisać dni tygodnia i godziny zajęć).**

 Równocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo mojego syna/córki \* w czasie jego pobytu poza terenem szkoły w wyżej wymienionych godzinach.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

…………………………………………………..

*czytelny podpis rodzica (opiekuna prawnego)*

**Decyzja dyrektora szkoły: Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\***

***\*niepotrzebne skreślić***