

Rozłazino, .....

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia\*)

.....  
(adres)

.....

**Dyrektor**

**Zespołu Kształcenia i Wychowania**

**w Rozłazinie**

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

(imię i nazwisko ucznia / uczennicy\*)

z zajęć wychowania fizycznego od ..... do .....

zgodnie z załączonym zaświadczeniem lekarskim.

Przyjmuje do wiadomości, że uczeń / uczennica\* przebywa w czasie trwania zajęć pod nadzorem nauczyciela i ściśle dostosowuje się do jego poleceń.

.....

(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Załącznik:

- zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego od lekarza

\* Niewłaściwe skreślić