

DANE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej w Rudnej Małej

Wniosek o zwolnienie z zajęć lub ćwiczeń wychowania fizycznego

W związku z opinią lekarza z dnia (w załączeniu) proszę o zwolnienie

syna/córki/podopiecznego*.....

(imię i nazwisko, klasa)

z zajęć wychowania fizycznego/z ćwiczeń wskazanych w w/w opinii*

w okresie od..... do

Zwracam się z prośbą o zwolnienie ucznia z obowiązku obecności na zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji (wpisać dni tygodnia i godziny zajęć):

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

Oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo ucznia w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
podpis rodziców/prawnych opiekunów

Decyzja dyrektora szkoły SPRM.414.

Zwalniam ucznia z zajęć wychowania fizycznego/ćwiczeń fizycznych wskazanych w opinii lekarza (zgodnie z załączonym dokumentem).*

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na nieobecność ucznia na zajęciach.

.....
(data i podpis dyrektora szkoły)

Otrzymują:

1. – rodzic/opiekun prawny
2. – nauczyciel wf
3. – wychowawca klasy
4. a/a

* Niepotrzebne skreślić