

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Starogard Gdański,
data

.....
adres zamieszkania

DYREKTOR
SPECJALNEGO OŚRODKA
SZKOLNO WYCHOWAWCZEGO
w Starogardzie Gdańskim

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki

ucznia/uczennicy klasy
klasa / nazwa szkoły

z zajęć wychowania fizycznego w okresie od do

Podstawą mojego wniosku jest zaświadczenie lekarskie z dnia.....,

które załączam do niniejszego wniosku.

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem

.....
podpis wnioskodawcy