



Lublin,
(data)

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

.....
(adres zamieszkania)

.....

**Dyrektor
Społecznej Terapeutycznej
Szkoły Podstawowej
im. H. Ch. Andersena
w Lublinie**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego mojej córki/mojego syna

.....
(imię i nazwisko dziecka)

uczennicy/ucznia klasy w okresie od do

W załączeniu – zaświadczenie lekarskie.

.....
(data i podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody.

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

.....
(data i podpis rodzica / opiekuna prawnego)