Załącznik nr 2 Doruchów, ……………………..r. ………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica

…………………………………………

Imię i nazwisko ucznia, klasa

**Dyrektor Szkoły Podstawowej**

**im. Powstańców Wielkopolskich w Doruchowie**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ĆWICZEŃ NA ZAJĘCIACH W-F**

**I ZAJĘCIACH SPORTOWYCH**

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

ur. ……………………………………, uczennicy/ucznia kl. ………… Szkoły Podstawowej

im. Powstańców Wielkopolskich w Doruchowie z wymienionych w

zaświadczeniu lekarskim ćwiczeń na zajęciach w-f i zajęciach sportowych

w okresie od ………………………… do ………………………………..

Swoją prośbę motywuję tym, iż według załączonego zaświadczenia

lekarskiego mój syn/moja córka jest niezdolny/niezdolna\* do wykonywania

wskazanych przez lekarza ćwiczeń.

W załączeniu zaświadczenie lekarskie.

………………………………………………

\*właściwe zakreślić Podpis rodzica