

Gdynia, dn.201...r.

Nazwisko.....

Imię

Adres zam.

.....

Telefon:

Dane rodzica lub prawnego opiekuna

Dyrektor Zespołu Szkół nr 9

ul. Chyłońska 227

81-007 Gdynia

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego dziecka

uczennicy/ucznia* klasy gimnazjum/szkoły podstawowej*, z zajęć wychowania fizycznego w okresie**:

- od dnia do dnia.....
- na okres I semestru roku szkolnego 201...r. / 201...r.
- na okres II semestru roku szkolnego 201...r. / 201...r.
- na okres roku szkolnego 201...r./201...r.

z powodu

.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

(czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

Decyzja Dyrektora Szkoły: zwalniam / nie zwalniam* ucznia z zajęć wychowania fizycznego

.....

(podpis i pieczętka Dyrektora Szkoły)

Do wiadomości:

Wychowawca klasy.....

(podpis wychowawcy klasy)

Nauczyciel wychowania fizycznego.....

(podpis nauczyciela wychowania fizycznego)

*niepotrzebne skreślić

** proszę wypełnić właściwą opcję