

.....
miejsowość i data

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

.....
adres zamieszkania rodziców

.....
telefon kontaktowy

Dyrektor
Zespołu Szkół Nr 53
ul. Ks. J. Popiełuszki 5
01-786 Warszawa

Podanie o zwolnienie z zajęć z wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego mojego syna /mojej córki *

.....

ur, ucznia/uczennicy* klasy.....

z zajęć wychowania fizycznego

od dnia..... do dnia.....

na okres I semestru roku szkolnego 20...../20.....*

na okres II semestru roku szkolnego 20...../20.....*

na okres roku szkolnego 20...../20.....*

z powodu.....

(podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej)

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

Załącznik – zaświadczenie lekarskie

*niepotrzebne skreślić