Gdańsk, dnia………………………………

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

…………………………………………………. (adres )

…………………………………………………. (telefon kontaktowy)

 **Dyrektor Morskiej Szkoły Podstawowej im. Aleksandra Doby**

 **Pan Kamil Gajewski**

PODANIE O ZWOLNIENIE UCZNIA Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/mojej\* syna/córki\*

 …………………….........................................….…………………….,

ucznia/uczennicy\* klasy ……………………. z zajęć wychowania fizycznego lub z określonych ćwiczeń i aktywności fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego w okresie\*

od ........................................................... do ……………………………………….……...........

zgodnie z załączonym orzeczeniem lekarskim.

Jednocześnie proszę o zwolnienie z obecności mojego/mojej syna/córki\* z pierwszych lub ostatnich lekcji wychowania fizycznego wg obowiązującego planu zajęć. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki\* w tym czasie poza terenem szkoły.

……………………………………..… (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

Załącznik: orzeczenie lekarskie

\*niepotrzebne skreślić