........................................................... Ząbkowice Śl., dnia ……………………...…

(imię i nazwisko opiekuna ucznia)

...........................................................

(miejsce zamieszkania)

 **Dyrektor**

 **Szkoły Podstawowej nr 3**

 **im. Mikołaja Kopernika**

 **w Ząbkowicach Śl.**

Proszę o zwolnienie z obowiązkowych zajęć z wychowania fizycznego

............................................................................. – klasa ................................

(imię i nazwisko ucznia)

...........................................................

(data urodzenia)

w okresie od ………………………….. do ………………………. ze względu na

(proszę krótko opisać przyczynę):

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

W załączeniu – zaświadczenie lekarskie wydane przez

(imię i nazwisko lekarza) ………………………………….……….. w dniu ………………..…………

 ……………………………………………

 (data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna ucznia)