Konin, ……

……

……
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……

……
Adres zamieszkania

DYREKTOR
SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 6
W KONINIE

Proszę o zwolnienie …….. ucz. kl. …… na podstawie opinii lekarza o braku możliwości uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego, przez okres wskazany w tej opinii, w roku szkolnym 20……/20……. .

Oświadczam, że moje dziecko nie będzie uczęszczało na lekcje wychowania fizycznego. Biorę całkowitą odpowiedzialność za wcześniejszy powrót do domu lub późniejsze przyjście do szkoły. W razie wystąpienia lekcji wf w środku dnia moje dziecko będzie przebywało w świetlicy szkolnej.

……..
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Załącznik – opinia lekarza