Konin, …….

……

……
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……

……
Adres zamieszkania

DYREKTOR
SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 6
W KONINIE

Proszę o zwolnienie ……. ucz. kl. …… z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego wskazanych przez lekarza w roku szkolnym 20……./20…… na czas podany w opinii.

……..
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Załącznik – opinia lekarza