Łobez, …………………………………

………………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica, opiekuna

………………………………………………………….

adres

………………………………………………………….

adres

 Dyrektor

 Szkoły Podstawowej nr 3

 Im. Adama Mickiewicz

 w Łobzie

 Proszę o zwolnienie mojego syna/córki …………………............................................................

ucznia/uczennicy klasy ……………….. z zajęć wychowania fizycznego:

🟏 od ………………………………. do ………………………………

🟏 na okres roku szkolnego …………………………………...

z powodu ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

 ………………………………………………………….

 podpis rodzica / opiekuna

W załączeniu:

1. Zaświadczenie lekarskie.

🟏niepotrzebne skreślić