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