

Dane rodzica/prawnego opiekuna

Ząbki, dn.....

Nazwisko:.....  
Imię:.....  
Adres:.....  
.....  
Telefon:.....

**Dyrektor  
Szkoły Podstawowej Nr 3  
im. Małego Powstańca w Ząbkach  
ul. Kościelna 2**

Uprzejmie proszę o zwolnienie:

- z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych (zgodnie z § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych),
- z realizacji zajęć wychowania fizycznego (zgodnie z § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych),

.....  
ur. ...., ucznia/uczennicy klasy.....

w okresie:

- od dnia .....do dnia.....

- na okres I lub II semestru roku szkolnego 20...../20.....

- na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

Z poważaniem,

.....  
/podpis rodzica, prawnego opiekuna/

Proszę o zwolnienie dziecka do domu w przypadku gdy lekcje wychowania fizycznego przypadają na pierwszej lub ostatniej godzinie zajęć. Oświadczam, iż w tym czasie biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.

należy wybrać jedną opcję zaznaczając X w odpowiedniej kratce

.....  
/podpis rodzica, prawnego opiekuna/