

.....
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

Gorzów, dnia.....

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

**Dyrektor Samorządowego Zespołu Szkół
w Gorzowie**

Na podstawie opinii lekarskiej z dnia.....o ograniczonych
możliwościach wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania
fizycznego mojego dziecka.....ucznia klasy
..... Zwracam się z prośbą o zwalnianie go na czas określony w opinii
wydanej przez lekarza tj. od..... do..... Dodatkowo
dołączam opinię lekarską.

Podpis rodzica

.....

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*

*niepotrzebne skreślić

.....

data i podpis dyrektora szkoły

podpis nauczyciela wychowania fizycznego.....

podpis wychowawcy ucznia