

Dyrektor Społecznej Szkoły Podstawowej  
Integracyjnej nr 100 STO

## PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJEĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

*Proszę o zwolnienie mojego syna / córki*

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

..... ,

*z zajęć wychowania fizycznego 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.*

.....

(podpis rodzica (opiekuna))