

.....  
*imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)*

Wola Zabierzowska, dnia .....

.....  
*adres zamieszkania*

Dyrektor  
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego  
w Woli Zabierzowskiej

PODANIE  
O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/mojej syna/córki .....  
ur. ...., ucznia/uczennicy klasy ..... z zajęć wychowania fizycznego:  
- od dnia ..... do dnia .....  
- na okres I lub II półrocza roku szkolnego 20...../20.....  
- na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu .....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....  
*podpis rodzica (prawnego opiekuna)*