

Garwolin

**Dyrektor Zespołu Szkół nr 2
im. Tadeusza Kościuszki w Garwolinie**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego syna/ córki*

Imię i nazwisko

ucznia/uczennicy*klasy z wykonywania ćwiczeń fizycznych na
zajęciach wychowania fizycznego zgodnie z załączoną opinią lekarską w okresie:

- od dnia do dnia

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

- roku szkolnego 20..../ 20.....

.....

Podpis rodzica (opiekuna prawnego)