

Warszawa,

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

Pani Małgorzata Antonowicz
Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 340
im. Profesora Bogusława Molskiego
w Warszawie
ul. Lokajskiego 3

Proszę o zwolnienie mojej córki/mojego syna

.....
imię i nazwisko

uczennicy/ucznia klasy z zajęć wychowania fizycznego w roku szkolnym

.....

Do podania załączam opinię lekarską z dnia o ograniczonych
możliwościach uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego/ o braku możliwości
uczestniczenia *ucznia* w tych zajęciach w okresie od do

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego