..... Kraków .....

.....

.....

Dyrektor
ZSO Nr 18 w Krakowie
Gimnazjum nr 20
w Krakowie

PODANIE

Proszę o zwolnienie syna/córki

.....
(nazwisko i imię)

ur. ....., ucznia/uczennicy klasy .....
(dzień, miesiąc, rok)

☐ **Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

- od dnia ..... do dnia .....

☐ **Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

- od dnia ..... do dnia .....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

znakiem X – wybierz tylko jedną właściwą opcję