

.....
.....
.....

Kraków,

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

(adres zamieszkania)

Dyrektor

ZSO nr 18 w Krakowie

Szkoła Podstawowa nr 19

w Krakowie

PODANIE

Proszę o zwolnienie syna/córki/pozostającego pod moją opieką

.....
(nazwisko i imię ucznia/uczennicy)

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

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

- od dnia do dnia

☐ **Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

- od dnia do dnia

Nauczyciel uczący wychowania fizycznego

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza z dnia

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

Znakiem **X** – wybierz tylko jedną właściwą opcję