Załącznik nr 1

Rawicz, dnia

………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

……………………………………………………………………..

adres zamieszkania, nr telefonu

Dyrektor Zespołu Szkół Zawodowych w Rawiczu

63-900 Rawicz ul gen. Hallera 12

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
(lub określonych ćwiczeń)

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej córki/syna\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….............

ur uczennicy/ucznia\* klasy

o **z realizacji zajęć wychowania fizycznego\***

o **wykonywania określonych ćwiczeń\***

od dnia ………………………………………………….do dnia

z powodu: (wpisać powód zwolnienia **lub ćwiczenia których uczeń nie może wykonywać )**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu przedkładam opinię lekarską.

 ……………………………………………………………………..

(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna)

\*) Niepotrzebne skreślić