………………………………………….. Cychry, ………… r.

( dane rodziców / opiekunów)

…………………………………………..

………………………………..………..

 **Dyrektor Szkoły Podstawowej**

 **im. Wł. St. Reymonta w Cychrach**

**PROŚBA O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie syna/córki ……………………. z zajęć wychowania fizycznego oraz treningów w roku szkolnym ……………. od dnia ……………… do dnia ……………… ucznia/uczennicy klasy ……… z powodu choroby na podstawie wystawionego zaświadczenia lekarskiego.

Załączam zaświadczenie lekarskie.

 ………………………………………

 (podpis rodzica / opiekuna)