



SZKOŁA PODSTAWOWA IM. JANA OSTROROGA W OSTROROGU

64-560 Ostroróg

ul. Jana Ostroroga 14

tel. +48 61 29 16 772

www.spostrorog.pl

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna*

Ostroróg, dnia

.....
.....

Adres

Pani

Maria Pospieszna

Dyrektor

Szkoły Podstawowej im. Jana Ostroroga

w Ostrorogu

WNIOSEK
o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mojego/jej syna/córki*

ur., ucznia/uczenicy* klasy..... z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

- od dnia..... do dnia.....*
- na okres I/II* semestru roku szkolnego*
- na okres roku szkolnego*

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
podpis rodzica lub opiekuna

Decyzja po rozpatrzeniu wniosku:

.....
podpis dyrektora

*niepotrzebne skreślić