Konin, …………………………. ……………………………..

Imię i nazwisko rodzica

…………………………….

……………………………..

Adres zamieszkania

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

**DYREKTOR**

**SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 6**

**W KONINIE**

Proszę o zwolnienie …………………………………………. ucz. kl. ……… na podstawie opinii lekarza o braku możliwości uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego, przez okres wskazany w tej opinii, w roku szkolnym 2020/2021.

Jestem poinformowany/-a, że moje dziecko nie będzie uczęszczało na lekcje wychowania fizycznego. Biorę całkowitą odpowiedzialność za wcześniejszy powrót do domu lub późniejsze przyjście do szkoły. W razie lekcji wf w środku dnia moje dziecko będzie przebywało w świetlicy szkolnej.

……………………………………………..

czytelny podpis rodzica

Załącznik – opinia lekarza