

Konin,

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....

.....
Adres zamieszkania

.....

**DYREKTOR
SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 6
W KONINIE**

Proszę o zwolnienie ucz. kl.
z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego
wskazanych przez lekarza w roku szkolnym 2020/2021 na czas podany w opinii.

czytelny podpis rodzica

.....

Załącznik – opinia lekarza

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.

Moje dziecko nie będzie uczęszczało na lekcje wychowania fizycznego. Biorę całkowitą
odpowiedzialność za wcześniejszy powrót do domu lub późniejsze przyjscie do szkoły, jeśli
lekcje wf są na 1. lub ostatniej godzinie w planie lekcyjnym. W razie lekcji wf w środku dnia
moje dziecko będzie przebywało w świetlicy szkolnej.

.....

czytelny podpis rodzica

Załącznik – opinia lekarza