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