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