Stare Kobiałki, ……………..……..…………

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego ucznia

……….……………………..…………………..……………………

Adres ………………………………………..…………………….

telefon kontaktowy ….………………………….…………….

Do Dyrektora zespołu Oświatowego

W Starych Kobiałkach

**PODANIE**

 **o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego\* z wykonywania ćwiczeń o dużym wysiłku realizowanych lekcji wychowania fizycznego**

Proszę o zwolnienie mojego/ mojej\* syna/córki\* ………………………………………………………………

ucznia/uczennicy\* klasy ……………………………………… ..z zajęć wychowania fizycznego w okresie od……………………………… do …………………………zgodnie z załączonym orzeczeniem lekarskim.

Podstawa prawna:

§ 4 rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1534)

 …………..…………………………………………………… ……………………………………………………………………

 Podpis rodzica / opiekuna prawnego Podpis rodzica / opiekuna prawnego

 \*niepotrzebne skreślić