**Załącznik nr 2** do procedury uzyskiwania zwolnień uczniów

…………………………………………. Czechowice-Dz.……………………

*Imię i nazwisko rodzica*

………………………………………. *Adres zamieszkania, telefon*

……………………………………….

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 5 im. Mikołaja Kopernika w Czechowicach-Dziedzicach

***PODANIE O ZWOLNIENIE Z OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH***

***NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO***

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna\*

………………………………………………………………………………………………....... *(imię i nazwisko)*

ur.………………………………………, uczennicy / ucznia\*klasy…………………………...

z następujących ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego ( na podstawie opinii wydanej przez lekarza): …………………………………………………………………………………………………...

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

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

w okresie: - od dnia………………… do dnia……………….............

- na okres I / II\* półrocza roku szkolnego 20……/20……

- na okres roku szkolnego 20……./20……

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

………………………………………

*podpis rodzica / opiekuna prawnego*

\*niepotrzebne skreślić