

.....
Imię i nazwisko rodzica

Toruń, dnia

ul.

87-100 Toruń

tel.

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 24
w Toruniu

Na podstawie załączonej opinii lekarskiej z dnia zwracam się z prośbą
o podjęcie decyzji w sprawie zwolnienia mojego dziecka:

....., ucznia klasy ur.

z zajęć (zaznaczyć właściwe):

- na basenie,
- sportowych (sala gimnastyczna, boisko),
- na lodowisku,
- wykonywania ćwiczeń wskazanych przez lekarza,
- wszystkich zajęć wychowania fizycznego,

Na okres:

- od do
- I półrocze
- rok szkolny

.....
podpis rodzica