Konin, dn. ……………

………………………………………………………..

Nazwisko i imię rodzica

………………………………………………………..

Adres

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej nr 4**

**w Koninie**

**Wniosek rodzica o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego syna/córki ....................................................................................ucznia/uczennicy kl. ……...

na okres ……………………………………………….........................................

/I semestr, II semestr, rok szkolny ……../

z powodu zwolnienia lekarskiego.

…………………………………………………………..

/Podpis rodzica/