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/