Lubawa. dnia.....................................................

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej**

**im. Mikołaja Kopernika w Lubawie**

Proszę o zwolnienie z obowiązkowych zajęć z wychowania fizycznego

córki/syna..............................................................................................................................

ucznia klasy.....................................w okresie od...................................do............................

W załączeniu – zaświadczenie lekarskie

..............................................................................................

 Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność podczas nieobecności mojego dziecka na lekcjach wychowania fizycznego, w przypadku, gdy zajęcia będą odbywały się na początku lub na końcu zajęć edukacyjnych.

..............................................................................................

 Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego