***załącznik 1b***

**Dane wnioskodawcy :**

(rodzica/prawnego opiekuna, ucznia)

Imię: ........................................................................................

Nazwisko: ................................................................................

Adres: .......................................................................................

 …………………………………………………….……..…

Tel./e-mail: ............................................................................

*........................................ Wrocław, dnia .................................................. ,.......................*

 **Dyrektor**

**Zespołu Szkół nr 3**

**we Wrocławiu**

**PODANIE**

**o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Proszę o całkowite zwolnienie mojego syna / córki / mnie\*

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

(imię i nazwisko)

ur. .............................................. w ................................................................................, uczęszczającego

w roku szkolnym ................................ do klasy .............................. z realizacji zajęć wychowania fizycznego w następującym okresie: od …………………………….….do…………………………….
na podstawie opinii o braku możliwości uczestniczenia w tych zajęciach wydanej przez lekarza, na czas określony w zaświadczeniu lekarskim .

Do podania załączam zaświadczenie lekarskie.

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

 /Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego, ucznia/

\*niepotrzebne skreślić