……………………………………………… Warszawa, ..…………....………….………….
*(imię i nazwisko rodzica / pełnoletniego ucznia)* *(data)*

………………………………………………
*(imię i nazwisko ucznia, klasa)*

………………………………………………

………………………………………………
*(adres zamieszkania)*

………………………………………………
*(telefon kontaktowy)*

***Do***

***Mateusz Kozłowski***

*Dyrektor*

*Zespołu Szkół Poligraficznych
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego*

***Dotyczy:*** *zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego*

 Z tytułu posiadanego zwolnienia lekarskiego zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka /mnie

…………………………………………………………………..…..……z zajęć wychowania fizycznego *(imię nazwisko ucznia, klasa)*

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

Zwolnienie lekarskie w załączeniu.

*……………………………………………...*

 *(podpis rodzica / pełnoletniego ucznia)*