……………………………………………… 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)*