

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna

.....
miejsowość, data

.....
adres zamieszkania

.....

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 9
w Olsztynie**

Na podstawie § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017r.
w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych
(Dz. U. poz. 1534) oraz opinii wydanej przez lekarza proszę o zwolnienie z wykonywania określonych
ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego
mojego dziecka

/imię i nazwisko/

ucznia/uczennicę klasy w okresie od dniado dnia.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....
czytelny podpis rodzica /prawnego opiekuna