

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna

.....
miejscowość, data

.....
adres zamieszkania

.....

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 9
w Olsztynie**

Na podstawie § 4 ust. 2 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 o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego wydanej przez lekarza proszę o zwolnienie z realizacji zajęć wychowania fizycznego

/imię i nazwisko/

ucznia/uczennicę klasy w okresie od dniado dnia.....
W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....
czytelny podpis rodzica /prawnego opiekuna