Zielona Góra,……………………………..

……………..……………………………………  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……………………………..……………………

adres

…………………………………………………

adres

Dyrektor

Zespołu Szkół Specjalnych nr 1

w Zielonej Górze

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki ……………………………………………………………..   
z zajęć wychowania fizycznego w okresie od …………………….…… do …………………………….   
na podstawie zaświadczenia lekarskiego z dnia………………………..

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie[[1]](#footnote-1).

…………………………………………………………

data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

1. Zaświadczenie lekarskie [↑](#footnote-ref-1)