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)