*załącznik nr 1*

……………………………….. Bibice, …….…………………...r.

(imię i nazwisko rodzica)

………………………………..

(kod pocztowy, miejscowość)

………………………………..

(ulica/osiedle – nr domu/mieszkania)

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej**

**im. Stanisława Wyspiańskiego**

**w Bibicach**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie mojego/mojej\* syna/córki\*…………………………(imię i nazwisko ucznia)………………………….klasa ……………...

z zajęć wychowania fizycznego/informatyki w okresie od…………………. do …………….. w związku z wydaniem zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego niezdolność do czynnego uczestnictwa w zajęciach.

W przypadku pierwszych bądź ostatnich zajęć wychowania fizycznego/informatyki oświadczam, że biorę całkowitą odpowiedzialność za moje dziecko podczas nieobecności na zajęciach.

..............................................

(podpis rodzica)

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie z dn. …………………………

\*niepotrzebne skreślić