*załącznik nr 2*

……………………………….. Bibice, dn. .…………………...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 ……….…………...
w okresie od…………………. do …………….. z następujących ćwiczeń w ramach zajęć wychowania fizycznego:

1. ……………………………………………
2. ……………………………………………
3. ……………………………………….……
4. …………………………………….………
5. ……………………………………………

w związku z wydaniem zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego częściową niezdolność do uczestnictwa w zajęciach.

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

(podpis rodzica)

Załączniki:

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

\*niepotrzebne skreślić