

Bystrzyca Kłodzka, dnia .....

.....  
imię i nazwisko rodzica lub opiekuna

.....  
adres kontaktowy

.....  
telefon kontaktowy

Dyrektor  
Szkoły Podstawowej nr 2  
w Bystrzycy Kłodzkiej

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna / córki\*

.....ur.....  
ucznia / uczennicy klasy\* ..... z zajęć wychowania fizycznego w okresie  
od dnia.....do dnia.....  
z powodu.....

.....  
W załączeniu przedstawiam opinię lekarską z dnia .....

\* niepotrzebne skreślić

Z poważaniem

.....  
podpis rodzica (opiekuna)