…………………………….. Łowicz, dnia ………………………

……………………………..  
……………………………..

……………………………..

Pani

Małgorzata Zielińska

Dyrektor

Zespołu Szkół Ponadpodstawowych nr 4

im. Władysława Grabskiego

w Łowiczu

Proszę o wydanie decyzji o zwolnieniu mojej/mojego córki/syna ………………………………………………………. uczennicy/ucznia klasy ………………… z zajęć wychowania fizycznego w roku szkolnym ………………... zgodnie z załączonym zaświadczeniem lekarskim.

Jednocześnie proszę o zwolnienie mojej/mojego córki/syna ……………...

…………………………….. z pierwszych lub ostatnich lekcji wychowania fizycznego wg obowiązującego planu. W tym czasie biorę pełną odpowiedzialność za córkę/syna.