…………………………….. 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.