**Załącznik nr 1**

*do Procedury zwolnień z wf*

….……………………………….. Międzyrzecz, dnia………………..

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

…………………………………………..

…………………………………………..

Adres, tel.

 **Dyrektor**

 **Szkoły Podstawowej nr 2**

 **im. Szarych Szeregów**

 **w Międzyrzeczu**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego syna /córki\*………………………....................................

ur. ..................................... , ucznia / uczennicy\* klasy ………………………. , z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie: od dnia ................... do dnia …………..

roku szkolnego 20..... / 20...... W załączeniu przedstawiam opinię lekarską o braku możliwości uczestniczenia ucznia w tych zajęciach.

…………………………………….

(podpis rodzica, opiekuna)

W związku z w/w sprawą zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/ córki\* z obowiązku obecności na zajęciach wychowania fizycznego w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej\* lekcji: ………………..………………………………………………………………………………… (wypisać dni tygodnia i godziny zajęć).

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna\* w tym czasie poza terenem szkoły.

……………………………………

(podpis rodzica, opiekuna)

\**niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 1** a

*do Procedury zwolnień z wf*

….……………………………….. Międzyrzecz, dnia………………..

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

…………………………………………..

…………………………………………..

Adres, tel.

 **Dyrektor**

 **Szkoły Podstawowej nr 2**

 **im. Szarych Szeregów**

 **w Międzyrzeczu**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ**

 **WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego syna /córki\*………………………....................................

ur. ..................................... , ucznia / uczennicy\* klasy ………………………. , z określonych w opinii lekarskiej ćwiczeń wychowania fizycznego od dnia ................... do dnia …………..

roku szkolnego 20..... / 20...... W załączeniu przedstawiam opinię lekarską o braku możliwości uczestniczenia syna/córki\* w tych zajęciach.

 …………………………………………….

 *podpis rodzica / opiekuna prawnego*

\**niepotrzebne skreślić*