

Gdańsk, .....

.....  
imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

.....  
adres

.....  
nr telefonu

Dyrektor  
ZSAP w Gdańsku  
ul. Czyżewskiego 31  
80-336 Gdańsk

### PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnieni mojego syna/córki .....  
PESEL ..... Ucznia/uczenicy klasy ..... ZSAP w Gdańsku

☐ z wykonywania następujących ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego

.....  
proszę podać rodzaj ćwiczeń

w okresie:

od dnia ..... do dnia .....

na okres I/II semestr roku szkolnego 20...../ 20.....

na okres roku szkolnego 20...../20.....

Załącznik – zaświadczenie lekarskie (prawidłowo wypełnione)

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna

☐ z realizacji zajęć wychowania fizycznego z powodu .....

w okresie:

od dnia ..... do dnia .....

na okres I/II semestr roku szkolnego 20...../ 20.....

na okres roku szkolnego 20...../20.....

Załącznik – zaświadczenie lekarskie (prawidłowo wypełnione)

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna