Załącznik nr 2

Janów Lubelski, dnia.....

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

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

Dyrektor
Zespołu Szkół
w Janowie Lubelskim

Proszę o zwolnienie mojego syna /córki.....
ucznia / uczennicy klasy .....
z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego na podstawie opinii o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia tych ćwiczeń wydanej przez lekarza w tych zajęciach w okresie: w okresie: od dnia ..... do dnia
.....
na okres I semestru roku szkolnego 20...../20.....
na okres II semestru roku szkolnego 20...../20.....
na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam opinię o zwolnieniu ucznia z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego, wydaną przez lekarza, na czas określony w tej opinii.

.....
Podpis rodzica (opiekuna)