---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wnioskodawca: Poznań,..................................

..................................................

*(imię i nazwisko )*

..................................................

*(adres, nr telefonu)* Dyrektor

 Społecznej Szkoły Podstawowej nr 2

 im. Edwarda hr. Raczyńskiego

 w Poznaniu

 Społecznego Towarzystwa Oświatowego

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE UCZNIA Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

W oparciu o opinię lekarza specjalisty o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego, wydaną dnia ………………………...…..… wnioskuję o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego mojego syna/córkę ………………………………………….………………. ucznia/ uczennicy klasy ……………

w terminie………………………… .

Zaświadczenie lekarskie przedkładam w załączeniu.

…………............................. ................................................................

 *(data) (podpis rodzica/prawnego opiekuna*

**Decyzja Dyrektora szkoły:**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

*……………………………………………..*

*data, podpis dyrektora szkoły*

**Os. Wichrowe Wzgórze 114, 61-699 Poznań, tel.** **729 054 162****, NIP: 972 052 78 75, Bank: 04 1090 1737 0000 0000 7201 1970 spolecznadwojka.pl**