

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna

.....
miejsowość, data

.....
adres zamieszkania

Pani Mariola Urszula Ogonowska
Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 19
im. Mikołaja Kopernika w Olsztynie

Na podstawie § 5 *ust. 2* Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. poz. 843) oraz opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego wydanej przez lekarza proszę o zwolnienie z realizacji zajęć wychowania fizycznego

.....
/imię i nazwisko/

ucznia/uczennicę klasy w okresie od dnia do dnia

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....
czytelny podpis rodzica /prawnego opiekuna