

.....  
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. 1* 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 wydanej przez lekarza proszę o zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego

.....  
/imię i nazwisko/

ucznia/uczennicę klasy ..... w okresie od dnia ..... do dnia .....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....  
czytelny podpis rodzica /prawnego opiekuna