Kolbudy, dn. ……………………………………………

Dane rodziców:

……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

**Do Dyrektora**

**ZKiW w Kolbudach**

 Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego mojego syna/ mojej córki

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

z klasy …………………………… zgodnie z załączonym zwolnieniem lekarskim.

W czasie zajęć odbywających się w klasie mojego dziecka biorę odpowiedzialność za jego bezpieczeństwo, dziecko będzie pozostawać pod moją opieką.

Podpisy rodziców: