

DANE RODZICÓW
(PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

Toruń, dn.

Nazwisko:

Imię:

Adres:

Telefon:

Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 32
im. Armii Krajowej
w Toruniu

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna / córki

.....
ur....., ucznia / uczennicy klasy,

☐ z zajęć wychowania fizycznego

☐ z basenu

☐ z informatyki

☐ częściowe zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

w okresie:

☐ od dnia do dnia

☐ na okres I lub II półrocza roku szkolnego 20.... / 20....

☐ na okres roku szkolnego 20..../ 20....

z powodu

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

☐ Jednocześnie proszę o zwolnienie dziecka do domu w przypadku, gdy lekcje przypadają na ostatnich lub pierwszych godzinach zajęć i biorę za nie pełną odpowiedzialność w tym czasie.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

(podpis rodzica/ opiekuna)

- Należy zaznaczyć znakiem X dokonany wybór.