Mieczysławów, dn………………….

…………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

…………………………………….

……………………………………
Adres

……………………………………
Telefon

  Pan Dominik Królak

Dyrektor Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Mieczysławowie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie mojego syn/ mojej córki (imię i nazwisko) …………………………………………….ucznia/uczennicy klasy…………..

z zajęć wychowania fizycznego na podstawie zaświadczenia lekarza w okresie od…………do……………..
Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

………………………………………………………..