Warszawa, dnia …….

Dane rodzica/opiekuna prawnego

……

…….

……

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 293

im. J. Kochanowskiego

ul. J. Kochanowskiego

01-864 Warszawa

Uprzejmie proszę o zwolnienie syna/córki ……. ucznia /uczennicy klasy …… z zajęć wychowania fizycznego/basenu od dnia …….. do dnia …….

W załączeniu zaświadczenie lekarskie.

…….

(podpis rodzica /opiekuna prawnego)