Dane rodziców/prawnych opiekunów: Kędzierzyn-Koźle; dnia....................................

.............................................................  
 Nazwisko i imię

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

............................................................  
 Adres

Dyrektor

Publicznej Szkoły Podstawowej nr 20

w Kędzierzynie-Koźlu

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna/ mojej córki\* ……………………………………….

………………………………………… urodzonego/ urodzonej………………………………….

ucznia/ uczennicy klasy\* …………….. z zajęć wychowania fizycznego/ basenu\* w okresie:

od dnia ……………………..20…..r do dnia …………………………20….r

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

\* -właściwe podkreślić

………………………………………………….

Podpis rodzica/ prawnego opiekuna