



**SZKOŁA PODSTAWOWA NR 2 IM. JANA PAWŁA II**

**W WĘGROWIE**

**07-100 Węgrów, ul. Kościuszki 16, tel./fax (25) 792-30-97, NIP: 8241147861**

**e-mail: spwegrow@gmail.com, www.sp2wegrow.pl**

Węgrów, dnia .....

.....  
( imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna )

.....  
( adres zamieszkania )

.....  
( nr telefonu )

**Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr 2  
im. Jana Pawła II  
w Węgrowie  
ul. Kościuszki 16  
07-100 Węgrów**

**PODANIE**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka .....  
( imię i nazwisko dziecka )

ur. .... ucznia/uczennicę kl. .... Z .....  
( data urodzenia dziecka ) ( nazwa zajęć z których zwolnione ma być dziecko )

.....  
( c.d. nazwa zajęć z których zwolnione ma być dziecko )

na okres od ..... do .....

W załączeniu zwolnienie lekarskie wydane przez .....  
( imię i nazwisko lekarza )

pracownika poradni/zakładu/szpitala .....  
( nazwa poradni/zakładu/szpitala który wydał zwolnienie )

.....  
( c.d. nazwa poradni/zakładu/szpitala który wydał zwolnienie )

Decyzję w powyższej sprawie proszę przekazać do wiadomości:

Nauczycielowi WF .....  
( imię i nazwisko nauczyciela WF )

Wychowawcy klasy .....  
( imię i nazwisko nauczyciela wychowawcy klasy )

.....  
( czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna )