

.....  
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....  
miejscowość i data

.....  
Adres zamieszkania

Dyrektor  
Szkoły Podstawowej Nr 2  
z Oddziałami Integracyjnymi  
im. 4 Pułku Strzelców Podhalańskich  
w Cieszynie

**PROŚBA**  
**O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ .....**

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki\*.....

ur. ...., ucznia klasy .....

z zajęć..... na okres roku szkolnego .....

powodu .....

.....

.....

.....  
podpis rodzica/ prawnego opiekuna

.....  
podpis Dyrektora szkoły

