

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

.....

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....dn.
(miejsowość i data)

**Do Dyrekcji
Zespołu Szkół Muzycznych
im. Michała Spisaka
w Dąbrowie Górniczej**

PODANIE

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego syna/córki
(imię i nazwisko ucznia)

ucznia klasy z zajęć
(podać klasę i typ szkoły) (wychowania fizycznego, chóru, informatyki, inne - jakie? - wpisać odpowiednie)

w okresie od do na podstawie zaświadczenia
lekarskiego.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

Załącznik

- zaświadczenie lekarskie na obowiązującym druku opracowanym przez szkołę