…………………………….…………………………… Łódź, dnia …………………….

 Imię i nazwisko rodzica

**Do Dyrekcji**

**Szkoły Podstawowej nr 64**

 **im. H.Ch. Andersena w Łodzi**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka

………………………………………………………………………………………………..……….

 imię i nazwisko

ucznia klasy ……………… **z zajęć edukacji zdrowotnej** :

* w terminie od dnia …………………..….……… do zakończenia zajęć dydaktycznych w roku szkolnym ………………………………………….

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

 (czytelny podpis rodzica)