

ZWOLNIENIE MOJEGO DZIECKA Z ZAJĘĆ LEKCYJNYCH

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna*.....
ucznia/uczennicy* klasy z zajęć szkolnych w dniu
..... w godzinach:

Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki*
w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

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

* niepotrzebne skreślić

ZWOLNIENIE MOJEGO DZIECKA Z ZAJĘĆ LEKCYJNYCH

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna*.....
ucznia/uczennicy* klasy z zajęć szkolnych w dniu
..... w godzinach:

Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki*
w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

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

* niepotrzebne skreślić
