

Załącznik nr 1

Zwolnienie ucznia z zajęć szkolnych

Proszę o zwolnienie w dniu w godz.
mojego dziecka ucznia/uczennicy klasy

(imię nazwisko dziecka)

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo i zachowanie mojego dziecka po opuszczeniu budynku szkoły. Syn/córka wróci samodzielnie do domu/zostanie odebrany/a przez*

.....

.....

Data

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....

Podpis osoby przyjmującej zwolnienie

*niepotrzebne skreślić