

ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

Proszę o zwolnienie mojego dziecka

.....ucznia/uczennicy klasy.....
imię i nazwisko dziecka

z zajęć lekcyjnych w dniu..... od godziny lekcyjnej/o godz.

Równocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za dziecko po opuszczeniu szkoły.

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

.....
podpis wychowawcy

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis nauczyciela, który zwalnia dziecko

ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

Proszę o zwolnienie mojego dziecka

.....ucznia/uczennicy klasy.....
imię i nazwisko dziecka

z zajęć lekcyjnych w dniu..... od godziny lekcyjnej/o godz.

Równocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za dziecko po opuszczeniu szkoły.

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

.....
podpis wychowawcy

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis nauczyciela, który zwalnia dziecko