

.....
Imię i nazwisko rodzica

ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

Proszę o zwolnienie dziecka

imię i nazwisko dziecka

ucznia klasy z zajęć szkolnych

w dniu z powodu

Biorę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót dziecka do domu.

.....
data

.....
podpis rodzica lub opiekuna

zwolniono

data

.....
podpis wychowawcy/nauczyciela zwalniającego