

ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

Proszę o zwolnienie mojego dziecka

ucznia klasy w dniu z lekcji

.....

z powodu

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko po

wyjsciu ze szkoły.

.....

Data

.....

podpis rodzica/ prawnego opiekuna

ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

Proszę o zwolnienie mojego dziecka

ucznia klasy w dniu z lekcji

.....

z powodu

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko po

wyjsciu ze szkoły.

.....

Data

.....

podpis rodzica/ prawnego opiekuna