

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 wyjściu ze szkoły

.....

Data

.....

podpis rodzic/ 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 wyjściu ze szkoły

.....

Data

.....

podpis rodzic/ opiekuna