

Wojszczyce , dn.

.....

imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawego

.....

adres

.....

telefon komórkowy

Dyrektor

Szkoły Podstawowej

Im. Fryderyka Chopina w Wojszczykach

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Proszę o zwolnienie syna / córki w dniu o godzinie

z następujących zajęć edukacyjnych:

.....

z powodu

.....

Zobowiązuję się do zapewnienia dziecku bezpieczeństwa po opuszczeniu szkoły.

Jednocześnie informuję, że moje dziecko nie będzie oczekiwało usprawiedliwienia braków w wiadomościach i umiejętnościach szkolnych wynikłych w skutek w/w nieobecności oraz, że dopilnuję aby niezwłocznie nadrobiło te zaległości.

.....

czytelny podpis rodzica / opiekuna prawego

.....

podpis wychowawcy klasy lub innego nauczyciela

potwierdzający tożsamość osoby zwalniającej ucznia

.....

godzina opuszczenia szkoły

.....

podpis pracownika obsługi (szatni)

Jedyną osobą uprawnioną do zwolnienia dziecka ze szkoły jest jego rodzic, prawny

opiekun bądź pisemnie upoważniona przez w/w osoba