

*Zwolnienie ucznia z zajęć edukacyjnych
w Zespole Szkolno – Przedszkolnym w Zakrzowie*

**ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH
PRZEZ RODZICA /OPIEKUNA PRAWNEGO**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego Dziecka,
ucznia/uczennicy* klasy z zajęć edukacyjnych w dniu
o godzinie z powodu

W dniu zwolnienia moje Dziecko:

a) wraca do domu samodzielnie*

b) zostanie odebrane przez osobę upoważnioną
.....(imię i nazwisko osoby upoważnionej)*

c) zostanie odebrane przez rodzica/opiekuna prawnego*

Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo, zdrowie i życie
mojego dziecka przebywającego od momentu wyjścia z budynku Zespołu Szkolno –
Przedszkolnego w Zakrzowie.

Zakrzów, data:.....

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić