

Wałdowo Szlacheckie, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna)

.....

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

Dyrektor Szkoły Podstawowej
w Wałdowie Szlacheckim
ul. Kochanowskiego 26
86-302 Wałdowo Szlacheckie

OŚWIADCZENIE

W związku ze zwolnieniem córki/syna*
uczennicy/ucznia* klasy z realizacji
(nazwa zajęć edukacyjnych)

w okresie od dnia do dnia

zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności na tych
zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji, tj.:

.....

.....
(dni tygodnia i godziny zajęć)

Jednocześnie oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt
i bezpieczeństwo córki/syna* w tym czasie poza terenem Szkoły.

* niepotrzebne skreślić

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

Decyzja Dyrektora Szkoły

Uwaga: W czasie, o którym mowa powyżej,
uczeń nie może przebywać na terenie Szkoły.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

Otrzymują:

- rodzice (prawni opiekunowie) ucznia

Do wiadomości:

- wychowawca

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora Szkoły)