



Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Gowidlinie

ul. Prymasa Wyszyńskiego 5, 83 – 341 Gowidlino

+48 58 6856 555 +48 506 810 309

 www.gowidlino.edu.pl  szkola@gowidlino.edu.pl

Gowidlino, _____r.

ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

Proszę o zwolnienie mojego dziecka _____ ucznia/uczennicy klasy _____
imię i nazwisko dziecka

z zajęć lekcyjnych w dniu _____ o godz. _____.

Równocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za dziecko po opuszczeniu szkoły. Wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka do domu/lub miejsca docelowego, którego powodem jest niniejsze zwolnienie.

podpis rodzica

podpis wychowawcy