

Wałdowo Szlacheckie, dnia

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

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

Dyrektor Szkoły Podstawowej
w Wałdowie Szlacheckim
86-300 Grudziądz

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.

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

Decyzja Dyrektora Szkoły

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

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

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

Otrzymują:

- rodzice (prawni opiekunowie) ucznia

Do wiadomości:

- wychowawca

* niepotrzebne skreślić