



ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

Proszę o zwolnienie dziecka
ucznia klasy z zajęć szkolnych
w dniu o godz.z powodu

Biorę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót dziecka do domu.

.....
Data podpis rodzica lub opiekuna

zwolniono

.....
Data podpis wychowawcy/nauczyciela zwalniającego



ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

Proszę o zwolnienie dziecka
ucznia klasy z zajęć szkolnych
w dniu o godz.z powodu

Biorę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót dziecka do domu.

.....
Data podpis rodzica lub opiekuna

zwolniono

.....
Data podpis wychowawcy/nauczyciela zwalniającego