

ZWOLNIENIE Z LEKCJI

Proszę o zwolnienie z lekcji mojej córki/mojego syna*

.....,
imię i nazwisko

ucznia/uczennicy* klasy

w dniu o godz. z powodu

Jednocześnie oświadczam, że od godziny zwolnienia mojego dziecka z lekcji biorę za nie pełną odpowiedzialność.

*niepotrzebne skreślić

.....
miejsce, data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

ZWOLNIENIE Z LEKCJI

Proszę o zwolnienie z lekcji mojej córki/mojego syna*

.....,
imię i nazwisko

ucznia/uczennicy* klasy

w dniu o godz. z powodu

Jednocześnie oświadczam, że od godziny zwolnienia mojego dziecka z lekcji biorę za nie pełną odpowiedzialność.

*niepotrzebne skreślić

.....
miejsce, data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 2 W ZALASEWIE
ul. Jana Heweliusza 26; 62-020 Swarzędz
