

Dane rodzica/prawnego opiekuna
Nazwisko:.....
Imię:.....
Adres:.....
.....
Telefon:.....

Ząbki, dn.....

Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 3
im. Małego Powstańca w Ząbkach
ul. Kościelna 2

Uprzejmie proszę o zwolnienie:

- z realizacji zajęć informatyki (zgodnie z § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 sierpnia 2017r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych).

.....
(imiona i nazwisko ucznia)

ur., ucznia/uczennicy klasy.

w okresie:

od dnia do dnia 20.....r.

na okres I lub II śródrocza roku szkolnego 20...../20.....

na okres roku szkolnego 20...../20.....

Z powodu

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

Z poważaniem,

.....
/czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna/

- Należy wybrać jedną opcję zaznaczając X w odpowiedniej kratce

Proszę o zwolnienie dziecka do domu w przypadku gdy lekcja informatyki przypada na pierwszej lub ostatniej godzinie zajęć. Oświadczam, iż w tym czasie biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.

.....
/czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna/