

Ząbki , dn.

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawego

.....
adres

.....
telefon komórkowy

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 3
im. Małego Powstańca
w Ząbkach**

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Proszę o zwolnienie syna / córki w dniu o godzinie

z następujących zajęć edukacyjnych:

.....
z powodu

.....
Zobowiązuję się do zapewnienia dziecku bezpieczeństwa po opuszczeniu szkoły.
Jednocześnie informuję, że moje dziecko nie będzie oczekiwało usprawiedliwienia braków
w wiadomościach i umiejętnościach szkolnych wynikłych w skutek w/w nieobecności oraz,
że dopilnuję aby niezwłocznie nadrobiło te zaległości.

.....
czytelny podpis rodzica / opiekuna prawego

.....
podpis wychowawcy klasy lub innego nauczyciela
potwierdzający tożsamość osoby zwalnającej ucznia

.....
godzina opuszczenia szkoły

.....
podpis pracownika obsługi (szatni)

**Jedyną osobą uprawnioną do zwolnienia dziecka ze szkoły jest jego rodzic, prawny
opiekun bądź pisemnie upoważniona przez w/w osoba.**