

Łebno, dnia.....

Dyrektor Szkoły Podstawowej

im. Jana Pawła II w Łebnie

84 – 217 Łebno/Szemud, ul. Szkolna 1

OŚWIADCZENIE

W związku ze zwolnieniem syna/córki*
(imię i nazwisko ucznia)

Ucznia/uczennicę* klasy w okresie oddo

Zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach
w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej lekcji:

.....
.....

(dni tygodnia i godziny zajęć)

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki*
przebywającego/przebywającej w tym czasie poza terenem szkoły.

.....

(czytelny podpis rodzica)

.....
(podpis nauczyciela w-f)

.....
(podpis wychowawcy)

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*

.....

(podpis i pieczęć dyrektora szkoły)