

Ząbki, dn.

.....
imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna

.....
adres

.....
telefon kontaktowy

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 1
im. Gen. F. Kleeberga
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 na skutek w/w nieobecności oraz, że dopilnuję aby niezwłocznie nadrobiło te zaległości.

.....
czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna

.....
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.**