



Publiczna
Szkoła
Podstawowa
im. K. K. Baczyńskiego w Zgłobicach

FORMULARZ ZWOLNIENIA UCZNIĄ Z ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

Zgłobice, dn.

ZWOLNIENIE

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki:
ucz. klasy z zajęć lekcyjnych dnia o godz.

z powodu

Oświadczam, że przejmuję całkowitą odpowiedzialność nad dzieckiem od godziny zwolnienia.

Zgłobice, dn.
.....
(podpis/podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

POTWIERDZENIE ZWOLNIENIA

Uczeń został/a zwolniony/a dniao godz.....

.....
(podpis nauczyciela)

* niepotrzebne skreślić.