Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Żarnowie

tel. 87 6436805 ……………………………….., dn. ……………………….

**ZWOLNIENIE Z LEKCJI**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojej/mojego córki/syna ……………………………………………………….

……………………………………………………….. z lekcji w dniu …………………………. od godz. ………………………….

do godz. …………………… z powodu ……………………………………………………………………………………………….. .

Od momentu opuszczenia przez moje dziecko budynku szkoły biorę za nie całkowitą odpowiedzialność.

 ………………………………………………………..

 Podpis rodzica/prawnego opiekuna

Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Żarnowie

tel. 87 6436805 ……………………………….., dn. ……………………….

**ZWOLNIENIE Z LEKCJI**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojej/mojego córki/syna ……………………………………………………….

……………………………………………………….. z lekcji w dniu …………………………. od godz. ………………………….

do godz. …………………… z powodu ……………………………………………………………………………………………….. .

Od momentu opuszczenia przez moje dziecko budynku szkoły biorę za nie całkowitą odpowiedzialność.

 ………………………………………………………..

 Podpis rodzica/prawnego opiekuna