Zwolnienie ucznia Szkoły Podstawowej nr 27 im. prof. Wł. Szafera

z zajęć lekcyjnych

Proszę o zwolnienie mojego dziecka ……

Imię i nazwisko

ucznia oddziału …….. w dniu …….

o godzinie …….

Biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka od momentu opuszczenia przez niego Sali lekcyjnej.

Katowice, …… **……..**

Data *czytelny podpis rodzica/opiekuna*

……

czytelny podpis wychowawcy