

Choszczno, dnia.....,.....

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....
(adres)

.....
(telefon)

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA SAMODZIELNE OPUSZCZANIE SZKOŁY PRZEZ UCZNIA

W związku ze **zwolnieniem z zajęć w-f/ nieuczęszczaniem na religię/nieuczęszczaniem edukację zdrowotną** zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na samodzielne opuszczanie szkoły przez syna/córkę*:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

w następujących terminach:

-
-
-
-

Oświadczenie jest ważne na czas od do

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka oraz że przejmuję pełną odpowiedzialność za syna/córkę* od chwili samodzielnego opuszczenia szkoły.

.....

(podpis rodzica)

*niepotrzebne skreślić

Choszczno, dnia.....

DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY

**w sprawie miejsca przebywania ucznia zwolnionego z zajęć w-f/ nieuczęszczającego na religię/
nieuczęszczającego na edukację zdrowotną**

Informuję, że podczas zajęć **zajęć w-f/ religii/ edukacji zdrowotnej** uczeń przebywać będzie:

-.....

-

-

-