…................................................................

Imię i nazwisko rodzica

**ZWOLNIENIE UCZNIA Z ZAJĘĆ LEKCYJNYCH**

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna\* ........................................................................................

imię i nazwisko

uczennicy/ucznia\* klasy ….................. z zajęć lekcyjnych .........................................................

w dniu …................................................. z powodu ....................................................................

…………………………………………………………………………………..…………….…

**W momencie opuszczenia sali lekcyjnej / budynku szkolnego przez syna/córkę\* biorę za dziecko pełną odpowiedzialność w drodze do domu, jak i w godzinach, kiedy powinno być w szkole zgodnie z rozkładem zajęć.**

…........................................ …..........................................................

 data podpis rodzica lub opiekuna

Decyzja: zwolniono / nie zwolniono\*

…............................. .............................................................................

data podpis wychowawcy/nauczyciela zwalniającego

\*niepotrzebne skreślić