

ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ LEKCYJNYCH

.....
imię i nazwisko rodzica*

.....
miejscowość, data

Proszę o zwolnienie mojego dziecka ucz. klasy
imię i nazwisko dziecka

z zajęć lekcyjnych w dniu od godziny

z powodu

Od chwili zwolnienia dziecka biorę pełną odpowiedzialność za jego bezpieczeństwo.

Zobowiązuję się do dopilnowania, aby dziecko bez zbędnej zwłoki nadrobiło zaległości wynikłe z nieobecności na zajęciach.

.....
data i czytelny podpis rodzica

Akceptacja wychowawcy klasy:

.....
data i podpis

Godzina opuszczenia szkoły przez ucznia/uczennicę:

.....
godzina, data i podpis nauczyciela zwalniającego

* przez rodziców rozumie się także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem (art. 4 pkt 19 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe, Dz.U. 2018 poz. 996 ze zm.)