Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 4
im. Piastów Śląskich
Szkoła Podstawowa nr 4, VII Liceum Ogólnokształcące
44-100 Gliwice, ul. Orląt Śląskich 25; tel./fax 270-55-57

……..…… ……..…....…….

imię i nazwisko rodzica/opiekuna miejscowość i data

WYRAŻENIE WOLI UCZESTNICTWA W LEKCJACH RELIGII

Joanna Grzybowska
Dyrektor
Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 4
im. Piastów Śląskich
w Gliwicach

Nie wyrażam woli / wyrażam wolę*, aby mój syn/córka ……
…… uczęszczał/a w lekcjach religii w roku szkolnym 2026/27.

…..……..…….
(data i podpis rodziców/opiekunów prawnych)

W związku z rezygnacją z zajęć religii oświadczam, że syn/córka w czasie trwania tych zajęć będzie przebywał/a w świetlicy szkolnej pod opieką nauczyciela.

…..……..…….
(data i podpis rodziców/opiekunów prawnych)

*niepotrzebne skreślić