

Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 4
im Piastów Śląskich
Szkoła Podstawowa nr 4, VII Liceum Ogólnokształcące
44-100 Gliwice, ul. Orłąt Śląskich 25; tel./fax 32 270-55-57

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
miejsowość, data

ZWOLNIENIE Z LEKCJI

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka:

imię i nazwisko ucznia

..... klasa

z lekcji (zajęć):

w dniu o godzinie z powodu

.....
Od chwili opuszczenia budynku szkolnego przez moje dziecko biorę za nie pełną odpowiedzialność w drodze do domu, jak i w godzinach, kiedy zgodnie z planem zajęć powinno być w szkole.

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 4
im Piastów Śląskich
Szkoła Podstawowa nr 4, VII Liceum Ogólnokształcące
44-100 Gliwice, ul. Orłąt Śląskich 25; tel./fax 32 270-55-57

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
miejsowość, data

ZWOLNIENIE Z LEKCJI

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka:

imię i nazwisko ucznia

..... klasa

z lekcji (zajęć):

w dniu o godzinie z powodu

.....
Od chwili opuszczenia budynku szkolnego przez moje dziecko biorę za nie pełną odpowiedzialność w drodze do domu, jak i w godzinach, kiedy zgodnie z planem zajęć powinno być w szkole.

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)