

Słubice, dnia.....

.....
Imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

.....

.....

adres zamieszkania, nr telefonu

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2
im. Tadeusza Kościuszki
w Słubicach**

W związku ze zwolnieniem syna/córki*

.....

ucz. kl. z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie
od do....., zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego
dziecka z obowiązku obecności na tych zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub
ostatniej lekcji, tj.:

.....

..... - wypisać dni tygodnia i godziny zajęć.

Jednocześnie oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i
bezpieczeństwo córki/syna* w tym czasie poza terenem szkoły.

.....

czytelny podpis rodzica (prawnego opiekuna)

Decyzja dyrektora szkoły

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

.....

data i podpis dyrektora szkoły

Otrzymują:

1. Rodzice
2. a.a

* Niepotrzebne skreślić

