

ZWOLNIENIE UCZENNICY / UCZNIA Z ZAJĘĆ

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna kl.

z zajęć szkolnych w dniu o godz.....

Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka przebywającego w tym czasie poza terenem szkoły.

Data

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA ZE SZKOŁY

Upoważniam

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

do odbioru mojego dziecka..... kl.

(imię i nazwisko dziecka)

w dniu..... o godzinie.....

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka od chwili jego odbioru ze szkoły przez wskazaną wyżej osobę.

Data

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Zespół Szkółno – Przedszkolny nr 2 w Łodzi

92-720 Łódź, ul. Jugosłowiańska 2

tel. fax (42) 648-41-70, 648-47-91 tel. kom. 697-602-004, e-mail: kontakt@zszp2.elodz.edu.pl
