



**Niepubliczne Liceum Ogólnokształcące Szkoła Mistrzostwa Sportowego
Polskiego Związku Koszykówki we Władysławowie**

Zwolnienie z zajęć edukacyjnych przez rodzica/prawnego opiekuna

Proszę o zwolnienie ucznia klasy w okresie
(Imię i nazwisko)
od dnia do dnia z powodu

.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczam, iż biorę odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka w tych dniach.

Oświadczam, że biorę odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka w drodze do domu ze szkoły i z domu do szkoły.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna (zgodny ze wzorem podpisu)

.....
Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna (zgodny ze wzorem podpisu)