

ul. Cyklamenów 28; 04-798 Warszawa

tel. 22 277 10 41/44; e-mail: sp404@eduwarszawa.pl

PROŚBA

O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

.....  
*imię i nazwisko ucznia/uczennicy*

*klasa*

.....  
*w terminie – data i godzina lekcyjna*

.....  
*z powodu*

W tym czasie przejmuję pełną odpowiedzialność nad synem/córką.

.....  
*data*      *czytelny podpis Rodzica/opiekuna prawnego*

.....  
*czytelny podpis wychowawcy*

*I część dla wychowawcy*

ul. Cyklamenów 28; 04-798 Warszawa

tel. 22 277 10 41/44; e-mail: sp404@eduwarszawa.pl

PROŚBA

O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

.....  
*imię i nazwisko ucznia/uczennicy*

*klasa*

.....  
*w terminie – data i godzina lekcyjna*

.....  
*z powodu*

W tym czasie przejmuję pełną odpowiedzialność nad synem/córką.

.....  
*data*      *czytelny podpis Rodzica/opiekuna prawnego*

.....  
*czytelny podpis wychowawcy*

*II część dla pracownika obsługi  
(do pozostawienia przy wyjściu ze szkoły)*