Szkoła Podstawowa z Polskim Językiem Nauczania

ul. Hawliczka 13, 737 01 Czeski Cieszyn

Imię i nazwisko opiekuna prawnego ......................................................................

**Prośba o zwolnienie dziecka z zajęć szkolnych**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie syna/córki\* ……………………………………..

ucznia/uczennicy\* klasy……………….. z zajęć szkolnych w dniach …………………………

z powodu.......................................................................................................................................

**Jednocześnie zobowiązuję się zapewnić swojemu dziecku warunki konieczne do uzupełnienia materiału nauczania przerabianego na lekcjach podczas jego nieobecności.**

Data: *………………………………*

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: *………………………………………………….*

**Stanowisko dyrektora szkoły: Zgadzam/nie zgadzam się\***

Data: *..............................*

Podpis: …………………………………..

*\* niepotrzebne skreślić*