
miejsowość, data

Klasa: _____

Wychowawca: _____

Proszę o zwolnienie z zajęć szkolnych mojej córki/syna*

_____ w dniu _____ po lekcji

_____ z powodu _____

Jednocześnie oświadczam, że z chwilą zwolnienia biorę całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka.

Czytelny podpis Rodzica/
Opiekuna prawnego*

Podpis Wychowawcy/
Wychowawcy wspierającego*

Podpisy poszczególnych Nauczycieli

USTAWA z dnia 7 września 1991 r. o SYSTEMIE OŚWIATY (z późniejszymi zmianami):
Art. 15.1. Nauka jest obowiązkowa do ukończenia 18. roku życia.

*niepotrzebne skreślić