**ZWOLNIENIE UCZNIA Z ZAJĘĆ LEKCYJNYCH**

**Proszę o zwolnienie z zajęć szkolnych w dniu ……………………….. o godzinie ………………………..**

**mojego dziecka ……………………………………………………………………..**

 (nazwisko i imię dziecka)

**ucznia klasy …………………….. Katolickiej Szkoły Podstawowej SPSK w Łodzi.**

**Oświadczam, że od godziny ………………………….. biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.**

**Czytelny podpis rodzica ………………………………………………………… Data ………………………………..**

 **Zatwierdzenie przez dyrektora…………………………………………………...**

 (podpis dyrektora)

**ZWOLNIENIE UCZNIA Z ZAJĘĆ LEKCYJNYCH**

**Proszę o zwolnienie z zajęć szkolnych w dniu ……………………….. o godzinie ………………………..**

**mojego dziecka ……………………………………………………………………..**

 (nazwisko i imię dziecka)

**ucznia klasy …………………….. Katolickiej Szkoły Podstawowej SPSK w Łodzi.**

**Oświadczam, że od godziny ………………………….. biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.**

**Czytelny podpis rodzica ………………………………………………………… Data ………………………………..**

 **Zatwierdzenie przez dyrektora …………………………………………………...**

 (podpis dyrektora)