

załącznik 1

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE UCZNIA Z ZAJĘĆ LEKCYJNYCH
w Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 4 w Wieliczce**

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

telefon kontaktowy:

Proszę o zwolnienie mojego dziecka:

imię i nazwisko: ucznia klasy

z zajęć lekcyjnych w dniu

- ze wszystkich lekcji od godz.

- w godzinach:

z powodu:.....

Biorę na siebie odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka po wyjściu ze szkoły.

data:

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego:

czytelny podpis wychowawcy/nauczyciela zwalniającego:

UWAGA! Uczeń ma obowiązek oddać na portierni „Kartę potwierdzenia zwolnienia” (otrzymaną od nauczyciela zwalniającego) i opuścić teren szkoły niezwłocznie po zwolnieniu. Szkoła nie ponosi odpowiedzialności za ucznia po opuszczeniu jej terenu na podstawie niniejszego zwolnienia.



wypełnia nauczyciel

Wieliczka, ...

KARTA POTWIERDZENIA ZWOLNIENIA

Na podstawie prośby rodzica ucznia, kl.
Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 4 w Wieliczce potwierdzam zwolnienie
w dniu.....:

- ze wszystkich lekcji od godz.

- w godzinach:

.....
czytelny podpis nauczyciela zwalniającego

.....
czytelny podpis pracownika obsługi