

Ząbki, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica /prawnego opiekuna

.....
/ adres , telefon /

.....
imię i nazwisko rodzica /prawnego opiekuna

.....
/ adres, telefon /

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 4
im. św. Jana Pawła II w Ząbkach**

ZWOLNIENIE Z WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE

Prosimy o zwolnienie (imię i nazwisko syna/córki)

..... ucznia/uczennicy klasy

od dnia..... do dnia z zajęć wychowania do życia w rodzinie.

W przypadku pierwszej i ostatniej lekcji prosimy o zwalnianie syna/córki do domu. W tym czasie bierzemy za niego/nią odpowiedzialność.

.....
(podpisy rodziców/ prawnych opiekunów)