

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 ZAJĘĆ INFORMATYKI

Prosimy o zwolnienie (imię i nazwisko syna/córki)

..... ucznia/uczenicy klasy

w okresie od dnia do dnia z obowiązkowych zajęć informatyki

z powodu

W załączeniu przedstawiamy zaświadczenie lekarskie.

W przypadku gdy lekcja informatyki przypada na pierwszej lub ostatniej godzinie zajęć prosimy o zwalnianie syna/córki do domu. W tym czasie bierzemy za niego/nią pełną odpowiedzialność.

.....
/ podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/