Zespół Szkół w Granowcu

ul. Odolanowska 19, 63-435 Sośnie

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE UCZNIA**

Imię i nazwisko ucznia ……………….………………………………

klasa ……………………………………...

Proszę o zwolnienie ucznia z zajęć szkolnych (nieobecność zostanie wliczona do ogólnej liczby godzin nieobecności)

w dniu ………………………..…………… o godz. ………………………………

Biorę odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w czasie nieobecności w szkole.

Wiem o zaplanowanych na okres nieobecności ucznia sprawdzianach oraz o konieczności rozliczenia się ucznia z zadań terminowych.

…………………. .……………….……………………………………..

 data podpis rodzica/opiekuna prawnego

Zespół Szkół w Granowcu

ul. Odolanowska 19, 63-435 Sośnie

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE UCZNIA**

Imię i nazwisko ucznia ……………….………………………………

klasa ……………………………………...

Proszę o zwolnienie ucznia z zajęć szkolnych (nieobecność zostanie wliczona do ogólnej liczby godzin nieobecności)

w dniu ………………………..…………… o godz. ………………………………

Biorę odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w czasie nieobecności w szkole.

Wiem o zaplanowanych na okres nieobecności ucznia sprawdzianach oraz o konieczności rozliczenia się ucznia z zadań terminowych.

…………………. .……………….……………………………………..

 data podpis rodzica/opiekuna prawnego