

ZGODA

na samodzielny powrót dziecka ze szkoły

Oświadczamy, że nasze dziecko _____
uczeń/uczennica klasy _____ może samodzielnie po zakończonych zajęciach opuścić
Szkołę Podstawową Sióstr Urszulanek Unii Rzymskiej w Lublinie w okresie od
_____ do _____, w następujące dni
tygodnia _____ .

Jednocześnie oświadczamy, że przejmujemy na siebie całkowitą odpowiedzialność za
bezpieczeństwo naszego dziecka podczas jego samodzielnego powrotu do domu.

(czytelny podpis matki/pr. opiekunki)

(czytelny podpis ojca/pr. opiekuna)

Data _____