



ZGODA RODZICA NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH POZALEKCYJNYCH

Wyrażam zgodę na udział mojej córki/syna

imię i nazwisko ucznia, klasa

w zajęciach pozalekcyjnych

nazwa zajęć

prowadzonych przez

imię i nazwisko prowadzącego, numer telefonu kontaktowego

Zajęcia odbywają się w dniach

w godzinach w roku szkolnym 20...../20.....

Po zakończonych zajęciach (*proszę zaznaczyć jeden z możliwych wariantów*):

- odbiorę osobiście córkę / syna,
- córka / syn wróci samodzielnie do domu na moją odpowiedzialność.

.....

data, czytelny podpis matki

.....

data, czytelny podpis ojca

Szkoła Podstawowa im. gen. Mariusza Zaruskiego w Zielonkach-Parceli

ul. Południowa 2, Zielonki-Parcela, 05-082 Stare Babice

www.szkola-zielonki.pl | sekretariat@szkola-zielonki.pl | tel. 22 487 18 00

1/1



ZGODA RODZICA NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH POZALEKCYJNYCH

Wyrażam zgodę na udział mojej córki/syna

imię i nazwisko ucznia, klasa

w zajęciach pozalekcyjnych

nazwa zajęć

prowadzonych przez

imię i nazwisko prowadzącego, numer telefonu kontaktowego

Zajęcia odbywają się w dniach

w godzinach w roku szkolnym 20...../20.....

Po zakończonych zajęciach (*proszę zaznaczyć jeden z możliwych wariantów*):

- odbiorę osobiście córkę / syna,
- córka / syn wróci samodzielnie do domu na moją odpowiedzialność.

.....

data, czytelny podpis matki

.....

data, czytelny podpis ojca

Szkoła Podstawowa im. gen. Mariusza Zaruskiego w Zielonkach-Parceli

ul. Południowa 2, Zielonki-Parcela, 05-082 Stare Babice

www.szkola-zielonki.pl | sekretariat@szkola-zielonki.pl | tel. 22 487 18 00

1/1