



**Szkoła Podstawowa nr 204**  
**im. 19 Pułku Ułanów Wołyńskich**  
ul. Bajkowa 17/21 04-855 Warszawa  
tel. 22 6157343

PROŚBA

O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

.....  
*imię i nazwisko ucznia/uczennicy*

.....  
*klasa*

.....  
*w terminie – data i godzina lekcyjna*

.....  
*z powodu*

W tym czasie przejmuję pełną odpowiedzialność nad synem/córką.

.....  
*data*

.....  
*czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej*

.....  
*podpis wychowawcy*



**Szkoła Podstawowa nr 204**  
**im. 19 Pułku Ułanów Wołyńskich**  
ul. Bajkowa 17/21 04-855 Warszawa  
tel. 22 6157343

PROŚBA

O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ SZKOLNYCH

.....  
*imię i nazwisko ucznia/uczennicy*

.....  
*klasa*

.....  
*w terminie – data i godzina lekcyjna*

.....  
*z powodu*

W tym czasie przejmuję pełną odpowiedzialność nad synem/córką.

.....  
*data*

.....  
*czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej*

.....  
*podpis wychowawcy*