

Słubice, dnia.....

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2
Im. Tadeusza Kościuszki
W Słubicach

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na samodzielne powroty do domu córki/syna*

..... (imię i nazwisko), ucznia
/uczennicy* klasy

Ponoszę pełną odpowiedzialność za powrót mojego dziecka do domu.

* Niewłaściwe skreślić

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego