



Szkoła Podstawowa nr 43 z Oddziałami Integracyjnymi im. Jana Kaczmarka

53-424 Wrocław ul. Grochowa 36-38 tel. 71/7986887 sp43.wroc.edu@o2.pl www.sp43.wroclaw.pl

ZGODA NA SAMODZIELNY POWRÓT DZIECKA ZE SZKOŁY

Wyrażam/-y * zgodę na samodzielny powrót do domu mojego/naszego * dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

ucznia klasy w dniu o godz.

po zakończonych zajęciach w szkole, bądź ze świetlicy szkolnej*.

Jednocześnie oświadczam/-y*, że ponoszę/ponosimy* całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego/naszego * dziecka podczas samodzielnego powrotu ze szkoły do domu.

.....
data

.....
czytelny podpis rodziców /opiekunów prawnych*

-
- Niepotrzebne skreślić