



Zespół Szkół w Kowalu

ul. Piwna 20 87-820 Kowal, sekretariat@zskowal.pl
tel. 515 - 821 - 167, 54 284-18-19, www.zskowal.pl



Kowal, dn.....

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

Dyrektor

Zespołu Szkół w Kowalu

Zwolnienie z lekcji religii

Proszę o zwolnienie mojego syna/mojej córki*

Ucznia/uczennicy klasy....., z zajęć religii w roku szkolnym

W czasie kiedy klasa będzie uczestniczyła w w/w zajęciach, syn/córka* będzie przebywał/przebywała* pod opieką nauczyciela w bibliotece szkolnej lub pod opieką szkolnego psychologa/pedagoga, bądź innego nauczyciela wskazanego przez dyrektora szkoły.

W przypadku kiedy w/w zajęcia będą pierwszą lub ostatnią lekcją proszę o zwolnienie syna/córki* z zajęć i jednocześnie oświadczam, iż biorę pełną odpowiedzialność prawną za drogę powrotną i czas mojego dziecka spędzony po zwolnieniu ze szkoły.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna*)

Oświadczam, że w roku szkolnym.....nie będę uczestniczyć w zajęciach religii

Data.....
(podpis ucznia pełnoletniego)

.....
(data i podpis wychowawcy)

www.zskowal.pl