

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabowidzących nr 8
im. dr Zofii Galewskiej, ul. Rzymowskiego 36, 02-697 Warszawa

Oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielny powrót ze szkoły mojego syna/mojej córki
.....
(imię i nazwisko dziecka)

ucznia/ uczennicy klasy w roku szkolnym Zgoda obowiązuje
po zakończonych lekcjach oraz zajęciach rewalidacyjnych *od poniedziałku do piątku*/*
*w wybrane dni tygodnia**:

Biorę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót dziecka do domu.

* podkreśl właściwe

Warszawa
Data

.....
Czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów