

Gdańsk dnia,

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

**DO DYREKTORA SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 69 W GDAŃSKU
80-869 GDAŃSKU, UL. ZIELONY TRÓJKĄT 1**

WNIOSEK RODZICA O ZWOLNIENIE DZIECKA Z REALIZACJI ZAJĘĆ Z INFORMATYKI/^{1 2}

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka
urodzonego w, uczennicy/ucznia klasy Szkoły Podstawowej
nr 69 w Gdańsku³ z zajęć z informatyki na podstawie opinii lekarskiej o braku możliwości
uczestniczenia mojego dziecka w tych zajęciach, wydanej przez lekarza, na czas określony w tej
opinii: od do

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie nr z dnia

W związku ze zwolnieniem mojego dziecka z zajęć informatyki, proszę o zwolnienie go z obowiązku
obecności na tych zajęciach w dniach, kiedy w planie zajęć szkolnych, są one na pierwszej lub
ostatniej lekcji. Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną
za bezpieczeństwo mojego dziecka w czasie drogi do i ze szkoły. W innym przypadku przyjmuję
do wiadomości, że moje dziecko będzie objęte w tym czasie opieką świetlicy szkolnej.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

¹ niepotrzebne skreślić

² Podstawa prawna: § 4.2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U.2017 poz.1534 z późn.zm.)

³ niepotrzebne skreślić