

**Szkoła Podstawowa nr3 z Oddziałami
Dwujęzycznymi i Sportowymi im. Janusza Kusocińskiego w Łomiankach**



Adres: ul. Staszica 2
05-092 Łomianki
Tel/Fax: 22-751-56-10

Łomianki, dnia

.....
imię, nazwisko dziecka, klasa

.....
imię, nazwisko matki lub opiekuna prawnego

.....
imię, nazwisko ojca lub opiekuna prawnego

Oświadczenie o samodzielnym powrocie dziecka ze szkoły

Zezwalam na samodzielny powrót ze szkoły mojego dziecka

ucznia klasy.....

Imię i nazwisko

Samodzielny powrót będzie miał miejsce w dniach: **(należy wpisać godzinę zakończenia lekcji lub godzinę wyjścia ze świetlicy)**

Poniedziałek, godz.

Wtorek, godz.

Środa, godz.

Czwartek, godz.

Piątek, godz.

Oświadczam, iż przyjmuję pełną odpowiedzialność za moje dziecko, jego bezpieczeństwo z chwilą opuszczenia przez nie szkoły. Jednocześnie oświadczam, że są mi znane zagrożenia, wynikające z samodzielnego powrotu dziecka do domu. Zostałem również poinformowany, iż stołówka, nie znajduje się na terenie szkoły.

.....
Czytelny podpis matki / prawnego opiekuna

.....
Czytelny podpis ojca / prawnego opiekuna