



Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 4 w Gliwicach

44-105 Gliwice, ul. Obrońców Pokoju 4

e-mail: sekretariat@zsp4.gliwice.eu tel. / fax. (0-32) 279-33-92

UPOWAŻNIENIE CZASOWE / STAŁE* z dnia _____
na rok szkolny 2024/2025
do samodzielnego opuszczenia przez dziecko świetlicy szkolnej i powrotu do domu
z Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 4 w Gliwicach

imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

imię i nazwisko dziecka /klasa _____

My niżej podpisani, wyrażamy zgodę na samodzielne opuszczenie przez moje dziecko świetlicy szkolnej i jego samodzielną powrót do domu.

Proszę o wypuszczenie ze świetlicy mojego dziecka w niżej podanych dniach i godzinach.

poniedziałek o godzinie

wtorek o godzinie

środa o godzinie

czwartek o godzinie

piątek o godzinie

Upoważnienie ważne jest na czas :

nieokreślony

od 01.09.2024r. do 31.08.2025 r.

określony

od _____ do _____

Oświadczamy, iż bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka od momentu jego wyjścia ze świetlicy do powrotu do domu.

data; czytelny podpis matki/opiekuna prawnego

data; czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego