

# Publiczna Szkoła Podstawowa w Gieraszwicach

Gieraszwice 67, 27- 670 Łoniów    mail: pspgieraszwice@loniow.pl    tel. 15 866 93 60

Gieraszwice, dnia .....

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka

....., ucznia klasy ....., do domu, każdego dnia po

zakończonych zajęciach lekcyjnych / w wybrane dni: (kiedy)\*

.....

.....

**Jednocześnie oświadczam ich jako rodzic/ opiekun prawny, biorę całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka w drodze do domu.**

\*Właściwe podkreślić. Proszę wskazać w które dni dziecko ma wracać samo do domu.

/Podpis rodziców (opiekunów prawnych)/