Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabowidzących nr 8
im. dr Zofii Galewskiej, ul. Koźmińska 7, 00-448 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