Syców, dn. …………………………..

…………………………………......

*/Imiona i nazwisko Rodziców/Prawnych Opiekunów/*

…………………………….……..

…………………………..………...

*/Adres zamieszkania/*

***Do Dyrektora***

***Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Sycowie***

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW W SPRAWIE UCZĘSZCZANIA ICH DZIECKA NA WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE**

Niniejszym **wyrażam/nie wyrażam zgody**\* na udział mojego syna/córki\*……………………………….………………………, ucznia klasy ………..……..

*/imię i nazwisko dziecka/*

w roku szkolnym …………./…………… w zajęciach wychowania do życia w rodzinie organizowanych przez szkołę.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:

1. Uczeń, który nie uczestniczy w lekcjach WDŻ ma obowiązek przebywania w bibliotece szkolnej lub pod opieką pedagoga/psychologa szkolnego. nieobecność w bibliotece lub pod opieką pedagoga/psychologa szkolnego traktowane jest jak ucieczka z lekcji.
2. W przypadku, gdy zajęcia WDŻ są pierwszą lub ostatnią lekcją w danym dniu **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\* na zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności na nich. Oraz oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w czasie trwania tych zajęć.

\**niepotrzebne skreślić*

……………………..………………………….

*/podpis Rodzica/Prawnego Opiekuna/*

Syców, dn. …………………………..

…………………………………......

*/Imiona i nazwisko Rodziców/Prawnych Opiekunów/*

…………………………….……..

…………………………..………...

*/Adres zamieszkania/*

***Do Dyrektora***

***Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Sycowie***

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW W SPRAWIE UCZĘSZCZANIA ICH DZIECKA NA WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE**

Niniejszym **wyrażam/nie wyrażam zgody**\* na udział mojego syna/córki\*……………………………….………………………, ucznia klasy ………..……..

*/imię i nazwisko dziecka/*

w roku szkolnym …………./…………… w zajęciach wychowania do życia w rodzinie organizowanych przez szkołę.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:

1. Uczeń, który nie uczestniczy w lekcjach WDŻ ma obowiązek przebywania w bibliotece szkolnej lub pod opieką pedagoga/psychologa szkolnego. nieobecność w bibliotece lub pod opieką pedagoga/psychologa szkolnego traktowane jest jak ucieczka z lekcji.
2. W przypadku, gdy zajęcia WDŻ są pierwszą lub ostatnią lekcją w danym dniu **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\* na zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności na nich. Oraz oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w czasie trwania tych zajęć.

\**niepotrzebne skreślić*

……………………..………………………….

*/podpis Rodzica/Prawnego Opiekuna/*