

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
miejsowość i data

.....
Adres zamieszkania

Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 2
z Oddziałami Integracyjnymi
im. 4 Pułku Strzelców Podhalańskich
w Cieszynie

PROŚBA
O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ RELIGII

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki*.....

ur., ucznia klasy

z zajęć religii na okres

.....
podpis rodzica/ prawnego opiekuna

.....
podpis Dyrektora szkoły