**Szkoła Podstawowa im Joachima Lelewela w Jakubowicach Konińskich** ul. Szkolna 69 21-003 Ciecierzyn tel. 081 501 21 21 email: [spjakubowice@gmail.com](mailto:spjakubowice@gmail.com) [www.spjakubowice.szkolna.net](http://www.spjakubowice.szkolna.net/)

**ZGODA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA SAMODZIELNY POWRÓT DZIECKA (POWYŻEJ 7 ROKU ŻYCIA) ZE ŚWIETLICY SZKOLNEJ DO DOMU**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielny powrót ze świetlicy szkolnej do domu mojego dziecka…………………………………………............... ucznia klasy.................w dniu ………………**/** w roku szkolnym 2023/2024.

Biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w drodze ze świetlicy do domu.

Jakubowice Konińskie, dn. ................................ .................................................

(czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)