

Zał. nr 2

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

Warszawa, dn.

.....
(instrument, klasa, szkoła)

Do Dyrektora
ZPSM nr 4 im. K. Szymanowskiego w Warszawie

Podanie

Proszę o wydanie zgody na:

- doraźne ćwiczenie** w Szkole (w miarę posiadania wolnych sal) w godzinach popołudniowych
czyli po godzinie 14.00
- ćwiczenie w Szkole **w soboty** w godzinach (szkoła czynna do godz. 15.00)
- ćwiczenie w Szkole **w godzinach lekcji bloku przedpołudniowego** w następujące dni

tygodnia w godzinach

z powodu zwolnienia/nie uczęszczania na lekcje

OŚWIADCZENIE UCZNIĄ PEŁNOLETNIEGO

- 1) zobowiązuję się do pokrycia kosztów za ewentualne szkody wyrządzone przeze mnie podczas korzystania z ćwiczeniówki;
- 2) zapoznałam/em się z Regulaminem Ćwiczenia w Szkole.

.....
(podpis ucznia pełnoletniego)