

Zgoda na samodzielny powrót dziecka do domu

Oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu mojego dziecka (imię i nazwisko), uczestnika półkolonii zimowych „Akcja Zima” 2025, prowadzonych przez Szkołę Podstawową nr 17 w Gdyni w dniach 17.02.2025r. do 21.02.2025r. po zakończeniu zajęć*/o godz.* (wskazać godzinę, jeśli jest wcześniejsza niż godz. 16.00).

Jednocześnie informuję, że ponoszę odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka podczas jego samodzielnego powrotu do domu.

.....
Data

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego