



Szkoła Podstawowa im. Św. Kazimierza Królewicza
15-640 Białystok, ul. Szkolna 1/1
www.kazimierz.edu.pl; tel. 501 646 146

Białystok, data

Imiona i nazwiska rodziców

.....
.....

Adres rodziców

.....
.....

ZOBOWIĄZANIE

Niniejszym zobowiązujemy się do przystępowania przez nasze dziecko – syna/córkę*

.....
spełniającego/spełniającą obowiązek szkolny poza szkołą, w wyznaczonych przez Dyrektora Szkoły Podstawowej im. Św. Kazimierza Królewicza terminach do semestralnych lub rocznych egzaminów klasyfikacyjnych.

Podpisy rodziców

.....
.....

*niepotrzebne skreślić