



**Szkoła Podstawowa im.  
Tadeusza Kościuszki w Głuskowie**

Imiona i nazwisko/a rodziców/

Głusków,

dnia .....

prawnych opiekunów\*

.....

.....

Adres rodziców /prawnych opiekunów\*

.....

.....

**ZOBOWIĄZANIE**

Niniejszym zobowiązujemy się do przystępowania przez naszego syna /  
naszą córkę

.....

.....

spełniającego/spełniającą obowiązek szkolny/obowiązek nauki poza szkołą,  
do semestralnych

lub rocznych egzaminów klasyfikacyjnych w terminach wyznaczonych  
przez Dyrektora Szkoły

Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Głuskowie.

Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów\*

.....

.....



**Szkoła Podstawowa im.  
Tadeusza Kościuszki w Głuskowie**

\* niepotrzebne skreślić

**ul. Millenium 76 05-503 Głusków tel. 227578195  
spgloskow@poczta.onet.pl**