



TRVALÁ ZMĚNA SAMOSTATNÉHO ODCHODU ZE ŠKOLNÍ DRUŽINY

Jméno a příjmení dítěte: _____

Třída: _____

Datum narození: _____

Žádám o trvalou změnu způsobu odchodu mého dítěte ze školní družiny.

Dítě bude nově odcházet **samostatně** ze školní družiny.

Dítě nebude odcházet samostatně – bude vyzvedáváno oprávněnou osobou.

Nový způsob odchodu je platný od: _____

Dny a čas samostatného odchodu:

Beru na vědomí, že v případě samostatného odchodu přebírám plnou odpovědnost za své dítě od okamžiku jeho odchodu ze školní družiny.

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Jméno zákonného zástupce (hůlkovým písmem): _____

Telefonní kontakt: _____