**Základní škola a Mateřská škola Město Libavá příspěvková organizace**

**Náměstí 150, 783 07 Město Libavá**

**telefon : 585 043 019, 774 442 066 e-mail: zsmestolibava@seznam.cz IČO : 05388864**

**Žádost o uvolnění žáka/žákyně na konci školní akce**

(Předpokládaný konec akce a místo ukončení je uvedeno v instrukcích předaných žákům před školní akcí.)

Žádám, aby můj syn / moje dcera

.................................................................................................................................

po ukončení školní akce

………………………………………………….....................................................

dne ..............................................

ukončil(a) akci v předpokládaném čase v místě

......................................................................................................................

**V tomto případě přebírám nad svým dítětem dohled a jsem si vědom(a) všech právních následků z toho vyplývajících.**

**Podpis zákonného zástupce**

**................................................................................. dne.........................................**