

Dane rodziców/prawnych opiekunów

Teresin, dnia.....

.....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres)

Dyrektor

Zespołu Szkół w Teresinie

PODANIE O ZWOLNIENIE Z NAUKI DRUGIEGO JĘZYKA OBCEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki*

.....

(imię i nazwisko)

ucznia/uczennicy* klasy z nauki drugiego języka obcego –

językana okres cyklu edukacyjnego,

tj. od roku szkolnego 20...../20..... do roku szkolnego 20...../20.....

na podstawie orzeczenia/opinii Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

Nr.....z dnia

W załączeniu przedstawiam cytowane orzeczenie/opinię.

.....

(podpis rodzica lub opiekuna)

Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za
pobyt i bezpieczeństwo syna/córki* w tym czasie poza terenem szkoły.

.....

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

*Niepotrzebne skreślić