

Dane rodziców/prawnych opiekunów

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

(imię, nazwisko, adres)

Jastrzębie-Zdrój, dnia.....

Dyrektor
Szkoły Podstawowej
z Oddziałami Integracyjnymi nr 5
im. Wł. Broniewskiego
w Jastrzębiu-Zdroju

PODANIE O ZWOLNIENIE Z NAUKI DRUGIEGO JĘZYKA OBCEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki*

(nazwisko i imię)

ucznia/uczenicy* klasy z nauki drugiego języka obcego – języka

na 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)