

Wałdowo Szlacheckie, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna)

.....

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

Dyrektor Szkoły Podstawowej
w Wałdowie Szlacheckim
ul. Kochanowskiego 26
86-302 Wałdowo Szlacheckie

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z INFORMATYKI / ZAJ. KOMPUTEROWYCH *

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej/mojego córki/syna*

.....
(imię i nazwisko ucznia)

ur., uczennicy/ucznia* klasy
(data i miejsce urodzenia)

z informatyki / zajęć komputerowych*

od dnia do dnia

z powodu:

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

W załączeniu przedkładam opinię lekarską.

.....
(podpis rodzica / prawnego opiekuna)

* niepotrzebne skreślić