

Wałdowo Szlacheckie, dnia

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

.....

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

(adres zamieszkania, nr telefonu)

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

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z NAUKI DRUGIEGO JĘZYKA OBCEGO

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej/mojego córki/syna*

.....
(imię i nazwisko ucznia)

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

z nauki drugiego języka obcego od dnia

z powodu:

.....

.....

.....

.....

W załączeniu przedkładam

.....

(nazwa dokumentu, organ wydający)

.....

(podpis rodzica / prawnego opiekuna)

* niepotrzebne skreślić