

Dane rodzica/prawnego opiekuna
Nazwisko:.....
Imię:.....
Adres:.....
.....
Telefon:.....

Ząbki, dn.....

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 3
im. Małego Powstańca w Ząbkach
ul. Kościelna 2**

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ DRUGIEGO JĘZYKA OBCEGO

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej córki/syna*,

....., kl.
(imiona i nazwisko dziecka)

z realizacji zajęć drugiego języka obcego z powodu:

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

W załączeniu przedkładam opinię/orzeczenie* poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Z poważaniem,

.....
/czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna/

*) Niepotrzebne skreślić

Proszę o zwolnienie dziecka do domu w przypadku gdy lekcje języka
przypadają na pierwszej lub ostatniej godzinie zajęć. Oświadczam, iż w tym czasie biorę
pełną odpowiedzialność za dziecko.

.....
/czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna/