

Dane rodziców/prawnych opiekunów

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

(imię, nazwisko, adres)

Dziwnów , dnia.....

Dyrektor  
Zespołu Szkół Społecznych  
im. prof. Piotra Zaremby  
Dziwnów

### 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)

W związku ze zwolnieniem syna/córki\* .....  
(nazwisko i imię)

ucznia/uczenicy\* klasy ..... z lekcji drugiego języka obcego – języka .....  
zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki\* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach,  
gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

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