

Bolszewo, dnia

.....
imię i nazwisko rodziców

.....
adres zamieszkania

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2
w Bolszewie

**WNIOSEK RODZICA O ZWOLNIENIE UCZNI
Z NAUCZANIA DRUGIEGO JĘZYKA OBCEGO**

Proszę o zwolnienie mojego dziecka
ucznia/uczennicy klasy z nauczania drugiego języka obcego córki/syna na okres
.....

W załączeniu – opinia lub orzeczenie PPP.

Podpisy rodziców/opiekunów prawnych

.....