

Bolszewo, dnia

.....
imię i nazwisko rodziców

.....
adres zamieszkania

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2
w Bolszewie

**WNIOSEK RODZICA O ZWOLNIENIE UCZNI
Z NAUCZANIA INFORMATYKI**

Proszę o zwolnienie mojego dziecka
ucznia/uczennicy klasy z zajęć informatyki w okresie od do
z powodu

Do podania dołączam zaświadczenie lekarskie z dnia

Podpisy rodziców/opiekunów prawnych

.....