

Załącznik nr 1

WNIOSEK

O ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z NAUKI DRUGIEGO JĘZYKA OBCEGO

....., dniar.

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

.....

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

**Dyrektor
Zespołu Szkół nr 3 w Kłobucku**

Proszę o zwolnienie z nauki języka, który jest drugim
językiem nauczania dla ucznia klasy

w związku z posiadaną przez niego/nią wadą słuchu/głęboką dysleksją rozwojową/z afazją/
z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub autyzmem, w tym zespołem Aspergera.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(czytelny podpis wychowawcy klasy)

.....
(czytelny podpis nauczyciela języka obcego)

Oświadczenie

W związku ze zwolnieniem syna/córki
ucznia/ uczenicy klasy z nauki języka, który jest drugim
językiem nauczania, proszę 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 za terenem szkoły w tym czasie.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Załącznik:

Opinia poradni psychologiczno – pedagogicznej

