

Warszawa, dnia

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

.....
(Adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....
(Telefon kontaktowy wnioskodawcy)

WNIOSEK
O ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z ZAJĘĆ INFORMATYKI
W ZESPOLE SZKÓŁ IM. PIOTRA WYSOCKIEGO UL. ODROWĄŻA 19 W WARSZAWIE

Proszę o wydanie decyzji o zwolnieniu z realizacji zajęć informatyki w okresie
od do

dla ucznia

uczęszczającego do klasy

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

- opinia lekarska uzasadniająca zwolnienie