

Wnioskodawca:

Warszawa, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

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

Dyrektor  
Zespołu Szkół Gastronomiczno – Hotelarskich  
ul. Majdańska 30/36  
04-110 Warszawa

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z WADĄ SŁUCHU LUB GŁĘBOKĄ  
DYSLEKSJĄ\* Z NAUKI DRUGIEGO JĘZYKA OBCEGO**

*Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oświatowego, niniejszym:*

W oparciu o .....  
(nazwa i numer opinii lub orzeczenia)

Wydaną/ wydanym przez.....  
(nazwa i siedziba poradni)

dnia ....., wnoszę o zwolnienie z nauki .....  
(data wydania) (podać nazwę przedmiotu)

mojego syna/ córki .....  
(imię i nazwisko ucznia)

ucznia/ uczennicy klasy .....

.....  
(podpis)

\*podkreślić właściwe