

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 ZAJĘĆ INFORMATYKI

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oświatowego, niniejszym:

W oparciu o opinię lekarza specjalisty o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia

w zajęciach informatyki, wydaną/ wydanym dniawnioskuję
(data wydania)

o zwolnienie z nauki informatyki mojego syna/ córki.....
(imię i nazwisko ucznia)

ucznia/ uczennicy klasy

Zaświadczenie lekarskie przedkładam w załączeniu.

.....
(podpis)

*podkreślić właściwe