

Wałdowo Szlacheckie, dnia .....

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

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

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

Dyrektor Szkoły Podstawowej  
w Wałdowie Szlacheckim  
86-302 Wałdowo Szlacheckie 57

### **WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z NAUKI DRUGIEGO JĘZYKA OBCEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej/mojego córki/syna\*

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

ur. ...., uczennicy/ucznia\* klasy .....  
(data i miejsce urodzenia)

z nauki drugiego języka obcego od dnia .....

z powodu:

.....  
.....  
.....  
.....

W załączeniu przedkładam .....

.....  
(nazwa dokumentu, organ wydający)

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

\* niepotrzebne skreślić