

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

Łława, dnia

.....
.....
(adres zamieszkania)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 1
im. Mikołaja Kopernika w Łławie**

Podanie o zwolnienie z drugiego języka obcego

Proszę o zwolnienie mojego/ mojej syna/córki*

ur., ucznia/uczennicy klasy

z drugiego języka obcego:

z powodu: wady słuchu, głębokiej dysleksji rozwojowej, afazji, niepełnosprawności sprzężonych, autyzmu, w tym z zespołu Aspergera*.

W załączeniu przedstawiam opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej.

.....
czytelny podpis rodzica (opiekuna)

W związku ze zwolnieniem syna/córki*

ucznia/uczennicy* klasy w okresie

z drugiego języka obcego 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* poza terenem szkoły w tym czasie.

.....
czytelny podpis rodzica (opiekuna)

*niepotrzebne skreślić