



POWIATOWE CENTRUM EDUKACJI ZAWODOWEJ
im. Zygmunta Puławskiego
w Świdniku

WNIOSEK O ZMIANĘ JĘZYKA OBCEGO / GRUPY*

Imię (imiona): Nazwisko:

Klasa: Rok szkolny:

Typ placówki: Technikum nr 1* Branżowa szkoła I stopnia nr 1*

Zwracam się z prośbą o zmianę języka z: na:

Zwracam się z prośbą o zmianę grupy z: na:

Uzasadnienie zmiany języka / grupy:

Oświadczam, iż jestem świadomy(a) faktu, iż złożenie niniejszego wniosku może pociągnąć za sobą konieczność zdawania egzaminu klasyfikacyjnego, testu poziomującego i wyrównania ew. różnic programowych w terminie i formie podanej przez nauczyciela.

Miejscowość i data

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia

Oświadczam, iż drugi rodzic / opiekun prawny został poinformowany o złożeniu podania / wniosku / oświadczenia* i nie wyraża w tej sprawie zdania odmiennego (wypełnić w przypadku podpisu jednego rodzica)

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

ZGODA DYREKTORA NA PRZENIESIENIE UCZNIA

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis dyrektora szkoły

* niepotrzebne skreśli