



POWIATOWE CENTRUM EDUKACJI ZAWODOWEJ
im. Zygmunta Puławskiego
w Świdniku

PODANIE
o przeniesienie do innej klasy

Imię (imiona): Nazwisko:

zwracam się z prośbą o przeniesienie z klasy: do klasy:

Specjalność:

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

W roku szkolnym:

Swoją prośbę motywuję:

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