



POWIATOWE CENTRUM EDUKACJI ZAWODOWEJ
im. Zygmunta Puławskiego
w Świdniku

Załącznik 1a

PODANIE
o powtarzanie klasy

Imię (imiona): Nazwisko:

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na powtarzanie klasy

Specjalność:

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

W roku szkolnym: z powodu nieuzyskania promocji do klasy programowo wyższej.

W klasyfikacji rocznej otrzymałem/am oceny niedostateczne z:

Miejscowość i data

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia

ZGODA DYREKTORA NA POWTARZANIE KLASY

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis dyrektora szkoły

* niepotrzebne skreśli