



POWIATOWE CENTRUM EDUKACJI ZAWODOWEJ
im. Zygmunta Puławskiego
w Świdniku

Załącznik 1

PODANIE
o przeprowadzenie egzaminu poprawkowego

Proszę o wyznaczenie terminu egzaminu poprawkowego dla córki / syna / pełnoletniego ucznia*:

Imię (imiona): Nazwisko:

Klasa:

Specjalność:

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

W roku szkolnym:

Przedmioty oraz imię i nazwisko nauczyciela prowadzącego zajęcia:

Miejscowość i data

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia

* niepotrzebne skreśli