……………………………………………………….. …………………………………………….

Imię, nazwisko Miejscowość, data

………………………………………………………………

Adres

………………………………………………………………

Tel.

Dyrektor

Zespołu Szkół Plastycznych

Im. C. K. Norwida w Lublinie

Przewodniczący Rady Pedagogicznej w ZSP

**Wniosek w sprawie wyrażenia zgody na powtarzanie klasy przez ucznia niepełnoletniego**

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie klasy ……………………… w roku szkolnym ……………………, mojego syna/córki\* …………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………..

Podpisy rodziców, opiekunów prawnych

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Właściwe podkreślić

…………………………………………………………….. ……..……………………………….

Imię, nazwisko Miejscowość, data

………………………………………………………………

Adres

………………………………………………………………

Tel.

Dyrektor

Zespołu Szkół Plastycznych

Im. C. K. Norwida w Lublinie

Przewodniczący Rady Pedagogicznej w ZSP

**Wniosek ucznia pełnoletniego w sprawie wyrażenia zgody na powtarzanie klasy**

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie klasy ……………………… w roku szkolnym ……………………,

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………..

Podpis ucznia pełnoletniego