

.....  
.....  
.....  
*(imię i nazwisko, adres, tel. kontaktowy rodzica/prawnego opiekuna ucznia)*

Polany, dnia.....

Dyrektor  
Szkoły Podstawowej  
w Polanach

**Wniosek o udzielenie zezwolenia na indywidualny program/tok\* nauki**

Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie zezwolenia na indywidualny program\*/ tok\* nauki

....., uczniowi

klasy....., w okresie od ..... do ..... z przedmiotu(ów):

.....

Uzasadnieni wniosku:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*(podpis rodzica ucznia)*

.....  
*(podpis wychowawcy)*

1. *Opinia wychowawcy klasy*
- 2.

