Załącznik nr 1

Sokołowice, dnia .....................................

………………………………………

 (nazwisko i imię rodzica/prawnego opiekuna)

………………………………………….…

(adres zamieszkania)

 Dyrektor Szkoły Podstawowej

im. Orła Białego w Sokołowicach

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie z nauki drugiego języka obcego - ......................................mojego syna / córki\*………………………… ucznia / uczennicy klasy\*……………..………na podstawie................................................................. (nazwa opinii lub orzeczenia) numer ............................. z dnia ............................................... wydanej/wydanego przez ............................................................................................................

 ………………………………….……………

 podpis rodzica (opiekuna prawnego)