Kraków dn. ………………………………………

………………………………………………………………………………………….

 imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

 Dyrekcja

 Szkoły Podstawowej nr 14

 ul. Prof. Wojciecha Marii Bartla 29

 30-389 Kraków

Proszę o wydanie decyzji zwolnienia z nauki drugiego języka obcego ………………….………………………………………………………………………. mojej/ego córki/syna ………………………………………………………………..………………………… ucznia klasy ………. .
**zgodnie z zaleceniem Opinii / Orzeczenia o kształceniu specjalnym nr …………………………… wydanej/ego przez ……………………………………………………………..…………………………………………….**

 …………………………………………..….……….

podpis rodzica (prawnego opiekuna)

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za córkę/syna w czasie trwania lekcji, jeżeli zajęcia te odbywają się na pierwszych lub ostatnich godzinach lekcyjnych.

…………………………………….………….………

podpis rodzica (prawnego opiekuna)