…………………………………………………

………………………………………………… Krosno , dnia..........................................

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

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

(imię i nazwisko, adres, tel. kontaktowy

 rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia)

 **Dyrektor**

 **I Liceum Ogólnokształcącego**

**im. Mikołaja Kopernika**

 **z Oddziałami Dwujęzycznymi**

**w Krośnie**

 **Pan** .....................................................................................

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

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

 ................................................................................................................ ucznia klasy .....................

na okres ............................................................................................................................................

z przedmiotu(ów) : ............................................................................................................................

Uzasadnienie wniosku:

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

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

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

Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia podpis opiekuna dydaktycznego

 ……………………………………….. podpis wychowawcy

Załączniki:

1..............................................

2..............................................

3..............................................

\*niepotrzebne skreślić