. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , data: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Wnioskodawca *(rodzic, opiekun prawny/pełnoletni/-a uczeń/uczennica):*

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

*(imię i nazwisko)*

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

*(dane kontaktowe)*

**REZYGNACJA Z ZAJĘĆ REWALIDACYJNYCH**

**W RAMACH POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

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

*Imię i nazwisko uczennicy/ucznia klasa rok szkolny*

Potwierdzam rezygnację z zajęć rewalidacyjnych zaproponowanych w Indywidualnym Programie Edukacyjno-Terapeutycznym a wynikających z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

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

*(data i podpis wnioskodawcy)*