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

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

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

*(imię i nazwisko)*

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

*(dane kontaktowe)*

**REZYGNACJA Z ZAJĘĆ**

**W RAMACH POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

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

*Imię i nazwisko uczennicy/ucznia klasa rok szkolny*

Potwierdzam rezygnację z zajęć:

1. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
2. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
3. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

 *(data i podpis wnioskodawcy)*