



.....
(miejsowość, data)

DYREKTOR
Gimnazjum nr 2 im. Królowej Zofii
w Sanoku
przy ul. Jana III Sobieskiego 5

Proszę o wyrażenie zgody na indywidualny program nauczania z

..... w w roku szkolnym

Prośbę swą motywuję faktem, iż

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

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(klasa)