

Poronin,

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

Dyrektor Zespołu Szkół im. Legionów Polskich w Poroninie
Szkoła Podstawowa i Gimnazjum

Zwracam się z prośbą o dostosowanie warunków egzaminacyjnych dla mojego/mojej*
syna/córki*..... ucznia/uczennicy*
klasy szkoły podstawowej/gimnazjum* zgodnie
z zaleceniami zawartymi w opinii psychologiczno – pedagogicznej nr
Do wniosku dołączam kopię opinii.

.....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić