
(data, miejscowość)

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna/ucznia)

(adres)

(e-mail, telefon)

Dyrektor
Ośrodka Rozwoju Polskiej Edukacji za Granicą
ul. Wołoska 5
02-675 Warszawa

Podanie o egzaminy klasyfikacyjne

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przystąpienie do egzaminów klasyfikacyjnych ucznia/uczennicy* _____, klasa _____, program _____ z następujących przedmiotów:

Proszę o wyznaczenie terminów egzaminów w n/w terminach:

(podpis rodzica/opiekuna/ucznia)

**niepotrzebne skreślić*