Szczecin, dnia ....................................

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

Imię i nazwisko wnioskodawcy

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

…...................................................................

adres

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 39

 im. Arkadego Fiedlera

 w Szczecinie

PODANIE

EGZAMIN POPRAWKOWY / KLASYFIKACYJNY\*

 Podanie o przeprowadzenie egzaminu poprawkowego / klasyfikacyjnego\*.

Proszę o wyznaczenie terminu egzaminu poprawkowego / klasyfikacyjnego\*

dla mojego syna/córki\* ........................................................ ucznia

klasy ………….. z przedmiotu ...............................................................................

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

 podpis rodzica/opiekuna

\* niepotrzebne skreślić.