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.