Będzin, dnia ……..

……
Nazwisko i imię rodzica/ prawnego opiekuna

……
Adres rodzica/ prawnego opiekuna

……
Adres rodzica/ prawnego opiekuna

……
Numer telefonu rodzica/ prawnego opiekuna

Dyrektor
Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
w Będzinie

Proszę o przyznanie ……..
nauczania indywidualnego/ nauczania specjalnego/ zajęć rewalidacyjnych

dla ……ur.…… ucznia klasy ……..
imię i nazwisko

……..... w semestrze …… roku szkolnego …….…….
zawód

zgodnie z orzeczeniem nr ……. wyd. w dniu ……..

Do podania dołączam oryginał wydanego orzeczenia.

…….
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna