…………………………………………………………… Przasnysz, dn. …………………………………….

(Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego)

……………………………………………………………

(adres)

……………………………………………………………

(adres)

……………………………………………………………

(tel. kontaktowy )

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1

z Oddziałami Integracyjnymi

im. Kawalerów Orderu Uśmiechu

w Przasnyszu

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyznaczenie dodatkowego terminu sprawdzianu kompetencji dla mojego syna/mojej córki\*……………………………………………………………………………. ucznia/uczennicy \*klasy ………………… . Moje dziecko nie mogło przystąpić do sprawdzianu w dniu ……………………………. z powodu …………………………………………………………………………………………………………….

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

Z poważaniem

…………………………………………………………………..

(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego dziecka)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Niepotrzebne skreślić