

**Załącznik 5**

Dąbrowa Górnicza, dnia.....

.....  
.....

(imię i nazwisko ucznia pełnoletniego  
lub rodzica/opiekuna ucznia)

Dyrektor  
Centrum Kształcenia Zawodowego  
i Ustawicznego

Zwracam się z prośbą o organizację zajęć rewalidacyjnych dla .....

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

ucznia/uczennicy klasy..... na podstawie orzeczenia  
o potrzebie kształcenia specjalnego nr.....

.....  
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

.....

Dąbrowa Górnicza, dnia .....

(imię i nazwisko ucznia pełnoletniego

lub rodzica/opiekuna ucznia)

Dyrektor

Centrum Kształcenia Zawodowego

i Ustawicznego

W Dąbrowie Górniczej

Oświadczam, iż **rezygnuję** z możliwości organizacji zajęć rewalidacyjnych

dla..... ucz. Klasy.....

(imię i nazwisko ucznia)

wynikających z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego nr .....

.....

(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

.....

Dąbrowa Górnicza, dnia .....

(imię i nazwisko ucznia pełnoletniego

lub rodzica/opiekuna ucznia)

Dyrektor

Centrum Kształcenia Zawodowego

i Ustawicznego

w Dąbrowie Górniczej

Zwracam się z prośbą o przydzielenie zajęć z nauczycielem w zakresie współorganizacji

kształcenia dla ..... ucz. klasy.....

(imię i nazwisko ucznia)

na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego .....

.....

(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

.....

Dąbrowa Górnicza, dnia .....

(imię i nazwisko ucznia pełnoletniego

lub rodzica/opiekuna ucznia)

Dyrektor

Centrum Kształcenia Zawodowego

i Ustawicznego

w Dąbrowie Górniczej

Rezygnuję z przydzielenie zajęć z nauczycielem w zakresie współorganizacji

kształcenia dla ..... ucz. klasy.....

(imię i nazwisko ucznia)

na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego .....

.....

(czytelny podpis osoby składającej wniosek)