

Wrocław, dnia .....

.....

.....

.....

Wnioskodawca \*  
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer tel.)

Dyrektor

Publicznej Szkoły Podstawowej Marco Polo

51-213 Wrocław ,ul. Zatorska 11

## REZYGNACJA Z ZAJĘĆ DODATKOWYCH

Dot. Ucznia/uczennicy: .....

Klasa ucznia/uczennicy: .....

Nazwa zajęć dodatkowych: .....

.....

Rezygnuję z w/w zajęć dodatkowych z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej przyznanych dla mojego dziecka w roku szkolnym ...../.....

.....

Podpis Wnioskodawcy\*