

Ostrzeszów, .....  
(data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres – ulica, nr domu)

.....  
(adres- kod , miejscowość)

.....  
(klasa)

**Dyrektor  
Zespołu Szkół Nr 2  
im. Przyjaźni Polsko-Norweskiej  
ul. Krańcowa 7  
63-500 Ostrzeszów**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość powtarzania klasy .....

Prośbę swą motywuję tym, że .....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis ucznia/uczennicy)

Wyrażam / nie wyrażam zgody.

.....  
(podpis dyrektora szkoły)

\*) niepotrzebne skreślić