

Tomaszów Maz., dnia ..... roku

.....  
(imiona i nazwisko ucznia)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Uczeń/uczennica\* klasy: .....

.....  
(nazwa szkoły)

w Zespole Szkół Ponadpodstawowych nr 2  
im. Stanisława Staszica w Tomaszowie Mazowieckim

w zawodzie: .....

Podanie wpłynęło dnia: ..... r.  
i zostało zarejestrowane pod numerem:

.....  
Podpis przyjmującego podanie .....

**Dyrektor  
Zespołu Szkół Ponadpodstawowych nr 2  
w Tomaszowie Mazowieckim**

Zwracam się z prośbą o przeniesienie mnie do klasy.....,  
(podać poziom klasy i nazwę skróconą szkoły)

w zawodzie: .....  
(podać nazwę zawodu)

w Zespole Szkół Ponadpodstawowych nr 2 im. St. Staszica w Tomaszowie Mazowieckim z powodu:

.....  
.....  
Zobowiązuję się do wyrównania wszelkich różnic programowych wynikających z realizowanego programu w terminie ustalonym przez Dyrektora Szkoły i nauczycieli prowadzących zajęcia edukacyjne.

.....  
(Podpis pełnoletniego ucznia  
lub rodzica/opiekuna prawnego)

**Opinia wychowawcy:**

.....  
.....  
.....  
Popieram / nie popieram\* prośbę ucznia.

.....  
(data i podpis wychowawcy)

\*niepotrzebne skreślić