……………………………………………………… Wrocław, dnia……………………………………………….

 imię i nazwisko ucznia, klasa

………………………………………………………

………………………………………………………

 adres i numer telefonu

 Dyrektor

 Zespołu Szkół Nr 24 we Wrocławiu

 ul. P. Eluarda 51-55, 54-019 Wrocław

Zwracam się z prośbą o wyrażanie zgody na zdawanie egzaminu klasyfikacyjnego z następujących przedmiotów, z których nieklasyfikowanie było skutkiem nieobecności nieusprawiedliwionych :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Imię i nazwisko nauczyciela** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Podstawa prawna** : *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych*  *warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych. (Dz.U. poz.843, art.44k.3 .Ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 357)*

*)*

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

 podpis rodziców podpis ucznia

**Decyzja dyrektora szkoły :**

Egzaminy zostaną przeprowadzone w dniach …………………………………………………………………

 data, godzina

 ……………………………………………

 podpis dyrektora szkoły