

.....
(imię i nazwisko rodziców /prawnych opiekunów)
/pełnoletniego ucznia

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Do Dyrektora
Zespołu Szkół nr 22 im. Emiliana Konopczyńskiego
ul. Konopczyńskiego 4
00-335 Warszawa

**Wniosek rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniego ucznia
o zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia**

W związku z faktem wydania przez

.....
(nazwa poradni psychologiczno-pedagogicznej)

opinii nr : w sprawie zindywidualizowanej
ścieżki kształcenia dla
(imię i nazwisko ucznia, klasa)

wniosuję o ustalenie z uwzględnieniem w/w opinii tygodniowego wymiaru godzin zajęć
edukacyjnych realizowanych indywidualnie z uczniem, uwzględniając konieczność realizacji
przez ucznia podstawy programowej kształcenia ogólnego i kształcenia w zawodach
w okresie od do

.....
(podpis rodziców/ prawnych opiekunów
/pełnoletniego ucznia)