

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

Olsztyn, dn.

**Dyrektor
Państwowej Szkoły Muzycznej I i II stopnia
im. Fryderyka Chopina w Olsztynie**

Zwracam się z prośbą* o wyrażenie zgody na przełożenie zajęć z dnia/dni
na dni wskazane poniżej z powodu :

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

Zajęcia z dnia (konkretna data) odbędą się następującego dnia w godzinach:

l.p.	Imię i nazwisko ucznia	Przedmiot	Dzień - data	Godzina

Zajęcia z dniaodbędą się następującego dnia w godzinach:

l.p.	Imię i nazwisko ucznia	Przedmiot	Dzień - data	Godzina

Oświadczam, że zmiana zajęć została ustalona z uczniem pełnoletnim/ rodzicami ucznia niepełnoletniego .

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przełożenie zajęć.

.....
(pieczętka i podpis dyrektora lub wicedyrektora)

*Wniosek składamy minimum 3 dni przed terminem przełożenia zajęć.