

Andrychów, dn.

DANE UCZNIĄ

Imię:

Nazwisko:.....

Klasa.....

Dyrektor
Zespołu Szkół nr 2
im. św. Jadwigi Królowej
w Andrychowie

UPOWAŻNIENIE DLA RODZICA UCZNIĄ PEŁNOLETNIEGO

Oświadczam, że z dniem upoważniam/ nie upoważniam*
rodzica/opiekuna prawnego:

1)
(imię i nazwisko/stopień pokrewieństwa)

2)
(imię i nazwisko/stopień pokrewieństwa)

do uzyskania informacji od dyrektora szkoły, wychowawcy klasy, poszczególnych nauczycieli oraz pedagoga szkolnego na temat mojej sytuacji szkolnej: zachowania, ocen bieżących, semestralnych i rocznych oraz frekwencji na lekcjach.

.....
podpis pełnoletniego ucznia

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić