

Toruń, dnia

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

.....
imię/imiona (czytelnie)

.....
nazwisko (czytelnie)

PESEL

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

**DO DYREKCJI
CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
Plac Św. Katarzyny 8
87-100 TORUŃ**

.....
ulica, nr domu/nr mieszkania

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

kod pocztowy

miejsowość

.....
nr telefonu

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na **powtórzenie semestru**

.....
typ szkoły i kierunek

którego w semestrze **wiosennym / jesiennym** roku szkolnego

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

 /

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

niepotrzebne skreślić

nie zaliczyłem/łam z powodu:

Do tej pory w trakcie nauki w Centrum Kształcenia Ustawicznego w Toruniu

nie powtarzałem/łam żadnego semestru

powtarzałem/łam semestr
który *ile razy*

- Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, iż w okresie kształcenia w danej szkole Centrum Kształcenia Ustawicznego w Toruniu, semestr mogę powtarzać tylko **jeden raz**.
- Podania o zwolnienie z zaliczonych wcześniej zajęć edukacyjnych należy złożyć w pierwszym miesiącu nauki.

.....
podpis słuchacza

Decyzja Dyrektora

Decyzję przyjąłem/ęłam do wiadomości.

Toruń, dnia

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

.....
podpis słuchacza