………………………………………., dn………………………

 (miejscowość) (data)

 **Dyrektor**

 **Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego**

 **w Kielcach**

**Wniosek rodzica/ słuchacza o podjęcie procedury skreślenia słuchacza**

1. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego lub pełnoletniego słuchacza wnioskującego o skreślenie słuchacza …………………………………………………………………………………………………………………….

2. Imię i nazwisko słuchacza , Kwalifikacja ………………………………………………………………………………….................................................

3. Uzasadnienie wniosku (rodzic/opiekun prawny słuchacza) …………………………………………………………………………………………...………………………… ………………………………………………………………...…………………………………………………… ……………………………………..........………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………….............................................................

……………………………………………….

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

lub pełnoletniego słuchacza

4. Decyzja dyrektora Centrum dotycząca wszczęcia procedury skreślenia: ……………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………

Do Wiadomości:

 1. Rodzic/ opiekun prawny lub pełnoletni słuchacz.

2. Rada Pedagogiczna

3. a/a

 ……………………………………….

(pieczęć i podpis dyrektora)