

Biedrzychowice, dnia

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

.....
.....
(adres)

Do Dyrektora Dolnośląskiego Zespołu Szkół
w Biedrzychowicach

Wniosek o zwolnienie z nauki jazdy pojazdem silnikowym

Proszę o zwolnienie z nauki jazdy pojazdem silnikowym. Posiadam prawo jazdy:

kat. numer wydane dnia
(numer i kategoria posiadanego prawa jazdy oraz data wydania uprawnień)

.....
(data i podpis pełnoletniego słuchacza)

Potwierdzam zgodność danych zawartych w podaniu z treścią zawartą w okazanym dokumencie.

(data i podpis pracownika)