



Zaoczne Liceum Ogólnokształcące ACADEMIA w Chełmie
ul. Hrubieszowska 37, 22-100 Chełm, www.iacademia.edu.pl, tel. 82 562-11-30

Chełm, dnia

.....
Imię i nazwisko słuchacza

.....
semestr

**Dyrektor
Zaocznego Liceum
Ogólnokształcącego
ACADEMIA w Chełmie**

Proszę o umożliwienie powtarzania semestru w Zaocznym Liceum
Ogólnokształcącym ACADEMIA w Chełmie.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego podania.

.....
podpis słuchacza