

....., dnia

.....
Pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE KONTYNUOWANIE NAUKI

Potwierdzam, iż
imię i nazwisko ucznia/studenta

w roku szkolnym/akademickim 2017/2018 kontynuuje naukę*:

1) w klasie
nazwa szkoły

.....

.....
adres szkoły

.....
telefon szkoły

.....
adres e-mail szkoły

2) na roku studiów

.....
nazwa uczelni

.....

.....
adres uczelni

.....
podpis i pieczęć dyrektora szkoły/rektora uczelni

*proszę wypełnić właściwy punkt zaświadczenia