

(Nazwa i adres szkoły lub pieczętka)

(Miejscowość, data)

Do Polskiego Stowarzyszenia - Europa Języków i Kultur
ul. Kokoszycka 85 A
44-313 WODZISŁAW ŚLĄSKI

Tel. 607 344 334

Podanie

W imieniu szkoły (proszę podać nazwę)

.....
.....

zwracamy się z prośbą o umożliwienie naszym uczniom zdawania w sesji egzaminu DELF PRIM.

Grupa liczy uczniów, z klasy/klas.....

Wybieramy miejsce zdawania egzaminu (proszę podkreślić miejscowość) :

Pszczyna

Sosnowiec

Zabrze

W załączniku przekazujemy listę z nazwiskami kandydatów, którzy chcieliby przystąpić do egzaminów organizowanych przez Polskie Stowarzyszenie – Europa Języków i Kultur na następujących poziomach (proszę podać liczbę uczniów)

POZIOM EGZAMINU DELF PRIM	LICZBA UCZNIÓW	STAWKA PODSTAWOWA	STAWKA PREFERENCYJNA
A1.1 PRIM			
A1 PRIM			
A2 PRIM			

Stawki preferencyjne dla grup szkolnych (od 5 uczniów) obowiązujące na mocy porozumienia z Ambasadą Francji i Instytutem Francuskim w Polsce

Podpis nauczyciela/opiekuna grupy

Podpis i pieczętka dyrektora szkoły