Imię i nazwisko. –RENATA GRONIK

	PONIEDZIAŁEK		WTOREK		ŚRODA		CZWARTEK		PIĄTEK	
	ODDZIAŁ	**SALA**	**ODDZIAŁ**	**SALA**	**ODDZIAŁ**	**SALA**	**ODDZIAŁ**	**SALA**	**ODDZIAŁ**	**SALA**
8.00-8.45	4c									
8.55-9.40	6ab				8b				6ab	
9.50-10.35	8b		5c		n.indyw.		5ab		5ab	
10.45-11.30			5ab		5c		4c		8b	
11.50-12.35	5ab		6c		6c		5c		5c	
12.55-13.40	6c		6ab		6ab		6c			
13.50-14.35			4c		4c		8b			
14.45-15.30					SKS		SKS			
15.40-16.25										
16.35-17.20										