

..... dnia.....r.

.....
(imię i nazwisko ojca)

.....
(imię i nazwisko matki)

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

Sz.P. Bożena Guz
Dyrektor Specjalnego Ośrodka
Szkolno – Wychowawczego
w Zalutyniu

Zwracam się z prośbą o przyjęcie syna/córki
....., urodzonej/urodzonego dnia.....w.....
..... zamieszkałego.....,
na wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w Specjalnym Ośrodku
Szkolno - Wychowawczym w Zalutyniu od roku szkolnego

W załączeniu:

1.Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka nr
z dnia....., z Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej
w.....

.....
(czytelny podpis ojca)

.....
(czytelny podpis matki)