

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Starogard Gdański,
data

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

DYREKTOR
SPECJALNEGO OŚRODKA
SZKOLNO WYCHOWAWCZEGO
w Starogardzie Gdańskim

Uprzejmie proszę o przyjęcie do przedszkola w SOSW w Starogardzie Gdańskim

mojego dziecka
imię i nazwisko dziecka

urodzonego dnia W

PESEL dziecka:

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego