

Starogard Gdański, dnia.....

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

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

DYREKTOR
SPECJALNEGO OŚRODKA
SZKOLNO WYCHOWAWCZEGO
w Starogardzie Gdańskim

Uprzejmie proszę o przyjęcie do Szkoły Podstawowej/Gimnazjum w SOSW

w Starogardzie Gdańskim do klasy

.....
imię i nazwisko ucznia

urodzonego dnia W

zam.

PESEL dziecka:

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego