

.....  
(Nazwisko i Imię)

.....dn.....20.....r  
(miejscowość)

.....  
(adres, nr telefonu)

.....

.....

**Sz. P. Elżbieta Sobolewska**  
**Dyrektor Zespołu Niepublicznych Szkół Specjalnych**  
**im. „Alicji po drugiej stronie lustra” w Kup**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka.....

.....  
(imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia)

do Niepublicznego Przedszkola Specjalnego dla dzieci z autyzmem w Kup w roku szkolnym  
20...../ 20.....

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....  
(podpis rodziców/ opiekunów prawnych)

W załączeniu:

1. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego nr ..... z dnia .....