

.....
(Nazwisko i Imię)

.....dn.....20.....r
(miejsowość)

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

Niepublicznej Szkoły Podstawowej Specjalnej dla uczniów ze sprzężonymi
niepełnosprawnościami, 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