

Skoroszwice,

.....

.....

.....

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

adres, telefon)

Dyrektor

Zespołu Placówek Oświatowych w Strzelinie

z siedzibą w Skoroszwicach 20

Proszę o przyjęcie do Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Skoroszwicach przy
Zespole Placówek Oświatowych w Strzelinie mojego syna/moją córkę

.....

(imię i nazwisko ucznia, data i miejsce urodzenia)

z dniem