

Stalowa Wola, dnia:

.....
(imię nazwisko rodzica/rodziców)

adres:

.....

.....
(nr telefonu)

.....
(adres e-mail)

***Dyrektor
Katolickiej Szkoły Podstawowej
w Stalowej Woli
ul. Podleśna 4
37-450 Stalowa Wola***

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego syna/córki*

.....

urodzonego/nej: w dniu..... W

do oddziału szkolnego klasy na rok szkolny 2017/2018.

* Nauczanie w klasie terapeutyczno-rozwojowej (Zespół Aspergera/ spektrum autyzmu)

TAK NIE

.....
(podpis ojca) (podpis matki)