

.....
(imiona i nazwiska rodziców / prawnych opiekunów)

Puck, dnia
(data)

.....
(adres zamieszkania / zameldowania)

.....
(nr telefonu)

Dyrektor SOSW
ul. Zamkowa 5
84-100 Puck

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o przyjęcie naszej córki / naszego syna *

..... do:

- klasy Szkoły Podstawowej nr 2 / Szkoły Przystosabiającej do Pracy* ,
- uczestniczenia w indywidualnych/grupowych* zajęciach rewalidacyjno – wychowawczych,
w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym w Pucku, ul. Zamkowa 5.

.....
(podpisy rodziców / prawnych opiekunów)

w załączeniu:

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego Nr z dnia
- Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych grupowych / indywidualnych * Nr z dnia
- Orzeczenie o potrzebie nauczania indywidualnego Nr z dnia

Z dniem uczeń zostaje/nie zostaje*
przyjęty do klasy Szkoły Podstawowej nr 2 / Szkoły Przystosabiającej
do Pracy / do uczestniczenia w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych*
w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym w Pucku, ul. Zamkowa 5.
Wpisany do Księgi Uczniów/Uczestników pod pozycją

.....
pieczęć i podpis Dyrektora SOSW

* niepotrzebne skreślić