

Olsztyn, dn.

.....
(nazwisko i imiona rodziców)

.....
(adres ucznia)

tel do kontaktu

Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego
dla Dzieci Niesłyszących w Olsztynie

PODANIE

Proszę o przyjęcie mego dziecka.....do
(imię i nazwisko dziecka)

- **Szkoły Podstawowej Nr 17 - do klasy** w roku szkolnym

.....
(podpis rodzica, opiekuna)

Ze względu na zamieszkanie, brak możliwości codziennego dojazdu do szkoły proszę o objęcie
mojego dziecka całodobową opieką:

TAK *

NIE*

Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrywania kosztów wyżywienia mojego dziecka w czasie pobytu
w internacie.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica, opiekuna)

* *niepotrzebne skreślić*