

Olsztyn, dn.

.....
(nazwisko i imię ucznia)

.....
.....
(adres ucznia)

Tel. do kontaktu

Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego
dla Dzieci Niesłyszących w Olsztynie

PODANIE

Proszę o przyjęcie syna/córki* do:

- **Zasadniczej Szkoły Zawodowej Nr 17 o kierunku fotograf** - do klasy w roku
szkolnym

.....
(podpis rodzica, opiekuna)

Ze względu na zamieszkanie, brak możliwości codziennego dojeżdżania 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*