

(Załącznik nr 2)

Olsztyn, dn. ....

.....  
(nazwisko i imiona rodziców)

.....

.....  
(adres ucznia)

tel do kontaktu .....

Dyrektor  
Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego  
dla Dzieci Nieśłyszących w Olsztynie

### **PODANIE**

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

do - **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*