

Warszawa, dnia.....

Do:
Dyrektor Szkoły Podstawowej Niepublicznej
przy Fundacji Pomocy Ludziom
z Niepełnosprawnościami

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

.....
(telefon)

.....
(adres e-mail)

PODANIE

Proszę o przyjęcie mojego dziecka
(imię i nazwisko)

do klasy...../zespołu rewalidacyjno-wychowawczego *

w placówce na ul. Bronowskiej 18/ ul. Skuterowej 9*

w roku szkolnym 2024/2025

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*(niepotrzebne skreślić)