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)