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)