

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)

Niemienice, dn.....

.....

Adres.....

.....

Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego - Centrum Autyzmu
i Całościowych Zaburzeń Rozwojowych w Niemienicach

Proszę o przyjęcie mojego dziecka.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

na zajęcia świetlicowe organizowane w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym -
Centrum Autyzmu i Całościowych Zaburzeń Rozwojowych w Niemienicach w roku szkolnym
.....

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)