

Strzyżów, dnia.....

.....
imię i nazwisko rodzica lub prawnego opiekuna ucznia

.....
adres zameldowania

.....
adres zamieszkania

**Dyrektor
Specjalnego Ośrodka
Szkolno-Wychowawczego
w Strzyżowie**

PODANIE

Zwracam się z prośbą o zorganizowanie dla mojego dziecka
ur W zam
.....pesel.....
zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w roku szkolnym
zgodnie z opinią Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr
z dnia

Załączniki:

1. Kserokopia opinii Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych moich i mojego dziecka w celu prawidłowej realizacji zadań w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Strzyżowie (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych Dz.U. z 1997r. nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami).

.....
(podpis rodzica, opiekuna)