

.....
nazwisko i imię rodzica/opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....
.....
telefon rodzica/opiekuna

DYREKTOR
SPECJALNEGO OŚRODKA
SZKOLNO – WYCHOWAWCZEGO
DLA DZIECI i MŁODZIEŻY
NIERPEŁNOSPRAWNEJ
W SŁAWNIE

Proszę o przyjęcie mojego syna/moją córkę*

..... do internatu przy SOSW dla DMN w Sławnie.

data.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna)