
nazwisko i imię rodzica/opiekuna

adres zamieszkania

telefon rodzica/opiekuna

DYREKTOR
SPECJALNEGO OŚRODKA
SZKOLNO-WYCHOWAWCZEGO
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
NIEPEŁNOSPRAWNEJ
W SŁAWNIE

Proszę o przyjęcie córki / syna*

.....w roku szkolnym

do przedszkola w SOSW dla DMN w Sławnie.

data-----

(podpis rodzica/opiekuna)

Załączniki:

- aktualna fotografia (podpisana na odwrocie)
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
- skrócony odpis aktu urodzenia wraz z numerem PESEL (w przypadku zamieszkania w internacie potwierdzenie stałego miejsca zamieszkania przez Urząd Miasta lub Gminy)
- skierowanie Starosty Powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania (nie dotyczy dziecka z terenu powiatu sławieńskiego)

*niepotrzebne skreślić