Szczecin, dnia …...............................

 ………………………………………………

 ………………………………………………

 Imię i nazwisko rodziców

......................................................................

 ......................................................................
Adres zamieszkania

 Nr PESEL dziecka: ......................................

 Tel. dom: .....................................................

 Tel. do pracy: ..............................................

 Tel. kom: .....................................................

 **Dyrektor**

 **Publicznej Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 25**

 **w Szczecinie**

Oświadczam, że wyrażam zgodę, aby mój syn/ córka:

………………………………………………………………………………………..

urodzony/a …………………………….. w …………………………………………

uczęszczał/a od dnia: ………………………………………
na zajęcia Rewalidacyjno–Wychowawcze do Publicznej Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 25 w Szczecinie, ul. Letniskowa 1,

 .....................................................

 podpis rodzica