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