

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