Rabka Zdrój, dnia…………………………………..

# **Dyrektor**

# **Szkoły Podstawowej Specjalnej**

w SOSW dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących

im. św. Tereski w Rabce – Zdroju,

ul. Słoneczna 11, 34–700 Rabka - Zdrój

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka do Szkoły Podstawowej Specjalnej **do klasy**…………………………………………………………….

**Dane ucznia:**

Imię i nazwisko ucznia………………………………………………………………………………………………………

Drugie imię……………………………………………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………………………………………………..

**Imiona i nazwiska rodziców***/prawnych opiekunów/*

ojca…………………………………………………….. matki…………………………………………………….

**Adres zamieszkania ucznia**  ………………………………………………………………………………………………..

……………-…………………………………………………………………………………..

*/prosimy o podanie kodu/*

**Telefony kontaktowe i e-maile rodziców/prawnych opiekunów** ojca…………………………………………………………………………………………….

matki………………………………………………………………………………………….

………………………………………………..

*podpis rodzica*