

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

Lubaczów, dnia.....

(Imię i nazwisko, adres, nr telefonu rodziców)

Dyrektor
Zespołu Placówek
im. Jana Pawła II
w Lubaczowie

PODANIE O PRZYJĘCIE DO INTERNATU
SPECJALNEGO OŚRODKA SZKOLNO – WYCHOWAWCZEGO
W ZESPOLE PLACÓWEK IM. JANA PAWŁA II W LUBACZOWIE

Proszę o przyjęcie do internatu SOSW mojego dziecka:

Imię i nazwisko ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Od dnia.....

Dodatkowe informacje o uczniu(przewlekłe choroby, alergie, zalecenia lekarskie, inne)

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

.....

(czytelny podpis rodziców)