



Zespół Szkół Specjalnych

im. Stefana Kopcińskiego w Aleksandrowie Łódzkim

Regon: 000989962

NIP: 947-13-88-474

Telefon / Fax : 042 / 712-44-67,

e-mail: zsaleksandrow@gmail.com

Aleksandrów Łódzki r.

WNIOSEK RODZICA O NAUCZANIE INDYWIDUALNE

.....
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
adres kontaktowy

.....
telefon kontaktowy

**Dyrektor
Zespołu Szkół Specjalnych
w Aleksandrowie Łódzkim**

W związku z faktem, otrzymania od Poradni Psychologiczno Pedagogicznej w

orzeczenia nr : o potrzebie nauczania indywidualnego mojego

dziecka wnioskuję o uruchomienie tej formy nauczania od dnia :

do dnia.....

Imię i nazwisko dziecka : klasa.....

.....
/podpis rodzica/prawnego opiekuna/