**Z e s p ó ł S z k ó ł S p e c j a l n y c h**

 *i m. S t e f a n a K o p c i ń s k i e g o*

 *w A l e k s a n d r o w i e Ł ó d z k i m*

 *Telefon / Fax* : 042 /712-44-67 , 501 101 471

 e-mail: sekretariat@zssaleksandrow.pl

 *NIP*:947-13-88-474 *Regon* 000989962

Aleksandrów Łódzki,………………………..

………………………………………..

………………………………………..

………………………………………..

………………………………………..

( Imię i nazwisko, adres zamieszkania rodziców,

 tel. kontaktowy )

Dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych

w Aleksandrowie Łódzkim

PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie …………………………………………………………………

  ( Imię i nazwisko ucznia/ dziecka )

do klasy…………………….Szkoły Podstawowej nr 5 , w roku szkolnym………………………..

 Z poważaniem

 ……………………………………………….

 ( Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego )