…………………………………………………… Aleksandrów Łódzki,………………………….

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……………………………………………………

……………………………………………………

Adres zamieszkania

……………………………………………………

Telefon Kontaktowy

 Dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych

 im. Stefana Kopcińskiego 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 / Opiekuna prawnego