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

Nazwisko i imię ( rodziców ) data

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

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

adres zamieszkania

Nr Tel. ...................................

Do Oświaty Powiatowej w O t w o c k u

ul. Poniatowskiego 10

Zwracam się z prośbą o skierowanie mojego syna/córki ........................

............................... urodzonego/ej dnia .............................. w .............................

Nr PSL.................................................

do klasy .................. Specjalnego Ośrodka szkolno-Wychowawczego nr 2 w Otwocku Szkoły Podstawowej Specjalnej Nr 2 dla uczniów niesłyszących, słabosłyszących oraz autyzmem w tym z Zespołem Aspergera .

Ponadto zwracam się z prośbą o umieszczenie mojego dziecka

................................................................ w internacie Ośrodka, jednocześnie zobowiązuję się do pokrywania opłat związanych z wyżywieniem syna/córki w internacie.

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

podpis

W załączeniu :

1.

2.

3.