Koronowo, dnia ………………………………….…………

………………………………………………………………….

 *IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO*

………………………………………………………………….

 *ADRES ZAMIESZKANIA*

………………………………………………………………….

 *TELEFON*

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2 im. Jana Pawła II

w Koronowie

**WNIOSEK O ZAJĘCIA REWALIDACYJNE**

 W związku z faktem wydania przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w ………………….…….. orzeczenia nr ………….……… z dnia ……………………. o potrzebie kształcenia specjalnego i zawartych w nim zaleceń dla syna/córki ……………………………………. ucznia/uczennicy klasy ………………….. wnioskuję o zorganizowanie tej formy zajęć w okresie od ………………………….. do ……………………………

………………………………………………………………………………..

PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH