

Warszawa, dnia

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

Adres zamieszkania:

kod: miejscowość:

ulica:

nr telefonu:

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 42
z Oddziałami Integracyjnymi
im. K. I. Gałczyńskiego
ul. Balkonowa 4
03-329 Warszawa

WNIOSEK O WYDANIE
odroczenia spełniania obowiązku szkolnego

Zwracam się z prośbą o wydanie odroczenia spełniania obowiązku szkolnego w roku szkolnym
20 / 20 dla mojego dziecka

.....
(nazwisko i imię ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia)

na podstawie opinii

Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr ul.

nr

.....
(podpis rodziców / prawnych opiekunów*)

**niewłaściwe skreślić*