…….. Legnica……

Imiona i Nazwisko rodziców/ prawnych opiekunów

……..

Adres zamieszkania

……..

Telefon kontaktowy

Do Dyrektora

Zespołu Placówek Specjalnych

ul. Rycerska 13 59-220 Legnica

WNIOSEK O PRZYJĘCIE

Do Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego

Proszę o przyjęcie mojego syna/córki……

ur…… w …….. do Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego w roku szkolnym……/…… Prośbę swą motywuję:……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……