

Ostrowiec Świętokrzyski, .....

.....  
imię i nazwisko rodzica

.....  
adres zamieszkania

.....  
nr telefonu

***Do Dyrekcji Zespołu Szkół Specjalnych  
w Ostrowcu Świętokrzyskim***

Zwracam się z prośbą o przyznanie indywidualnych zajęć rewalidacyjno-  
wychowawczych w roku szkolnym .....

dla mojego dziecka: .....

w wymiarze ..... godzin.

.....  
podpis rodzica