

Warszawa, dnia.....

.....
/ imię i nazwisko rodzica/opiekuna /

.....
/ adres /

.....
/ nr telefonu /

Do Dyrektora
Zespołu Placówek
Szkolno-Wychowawczo-Rewalidacyjnych nr 1
Jolanty Krzepickiej
ul. Bełska 5, 02-638 Warszawa

P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka

.....
/ imię i nazwisko dziecka , PESEL /

do

/WWRD, klasa , nazwa szkoły, adres /

.....

od dnia

.....
/ własnoręczny podpis /