

.....
(imię, nazwisko rodziców)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(kontakt – Tel.)

**TERAPEUTYCZNA SZKOŁA PODSTAWOWA W TRZEBINI
32-540 TRZEBINIA, UL. GRUNWALDZKA 67**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego syna/córki*

ur. zam.

PESEL (dziecka)

na zespołowe / indywidualne* **zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze** prowadzone przez

Terapeutyczną Szkołę Podstawową w Trzebini w roku szkolnym

zgodnie z orzeczeniem wydanym przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną

w numer orzeczenia

z dnia

.....
(czytelny podpis rodziców)

*Niepotrzebne skreślić

DECYZJA PRZYJĘCIA UCZNI
DO TERAPEUTYCZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ W TRZEBINI
32-540 TRZEBINIA, UL. GRUNWALDZKA 67

Uczeń został zakwalifikowany do Terapeutycznej Szkoły Podstawowej w Trzebini,
ul. Grunwaldzka 67 , zgodnie z orzeczeniem Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

w z dnia

nr orzeczenia