Załącznik nr 3

Lusówko, dnia……………………………

……………………………………………………………………..

(imię i nazwisko rodziców / opiekunów prawnych)

…………………………………………………………………….

(adres zamieszkania)

…………………………………………………………………………..

(telefon kontaktowy)

Dyrektor Prywatnej Szkoły Podstawowej „Kuźnia Talentów”

w Lusówku, ul. Zespołowa 1

WNIOSEK

Nie wyrażam zgody na udzielanie / rezygnuję z udzielania mojemu dziecku \*,

……………………………………………. uczniowi klasy ……… pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizowanej przez Szkołę, w formie:

……………………………………………....................................................................................................................

......................................………………………………………………….........................................................................

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………….………………………………………

(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*Niepotrzebne skreślić