

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