załącznik nr 9

Kutno, ..............................................................

………………………………………………………………………………

 nazwisko i imię rodzica lub opiekuna

……………………………………………………………………………

adres zamieszkania

……………………………………………………………………………

***Starostwo Powiatowe***

 ***w Kutnie***

 ***Wydział Edukacji, Kultury i Sportu***

 Zwracam się z prośbą o przyznanie godzin zajęć rewalidacyjno-wychowawczych/zespołowych\* dla mojego syna/mojej córki\* ………………………………………………… w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym Nr 1 im. Marii Konopnickiej w Kutnie zgodnie z orzeczeniem Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr …………………………………………,
które zostało wydane na okres 5-ciu lat tj. do końca roku szkolnego ……………………………… .

 ………………………………………………………

 Podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*niewłaściwe skreślić