

.....
imię i nazwisko

.....
miejscowość i data

.....
adres zamieszkania

.....

tel. kontaktowy:
(podany dobrowolnie)

Starosta Włodawski
Al. J. Piłsudskiego 24
22-200 Włodawa

**WNIOSEK O SKIEROWANIE DZIECKA DO KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO POZA
TERENEM POWIATU WŁODAWSKIEGO**

Na podstawie art. 127 ust. 13 i 15 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo
oświatowe proszę o skierowanie mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

do klasy w
.....
.....
(nazwa i adres szkoły/ośrodka)

Adres dziecka:
Data urodzenia dziecka:
Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Załączniki:

1. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego