

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

.....  
(miejscowość, data)

Do Dyrektora

.....  
.....

Proszę o wyrażenie zgody na realizowanie obowiązku szkolnego w formie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych przez moją córkę /mojego syna/ .....

urodzoną/ego/.....w.....  
zamieszkała/ego/.....  
w Ośrodku Rewalidacyjno –Wychowawczym prowadzonym przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom „Bratek” w Barlinku od dnia.....

.....  
(podpis rodziców/opiekunów)





**Ośrodek**  
**Rewalidacyjno-Wychowawczy**  
Barlinek, ul. Henryka Sienkiewicza 15  
Tel./fax: (095) 7462-447, e/mail: [bratekbarlinek@gmail.com](mailto:bratekbarlinek@gmail.com)  
[www.bratek-barlinek.pl](http://www.bratek-barlinek.pl)  
KRS 0000171673

