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

 miejscowość, data

**…………………………………………………**

/Imię,nazwisko, adres rodzica/opiekuna prawnego/

**…………………………………………………**

/imię i nazwisko ucznia pełnoletniego /klasa/\*

 **Do Dyrekcji**

**II Liceum Ogólnokształcącego im. M. Kopernika**

 **w Cieszynie**

 Proszę o przyznanie godzin zajęć rewalidacyjnych mojemu dziecku (podopiecznemu)/ mnie\* w ramach kształcenia specjalnego, zgodnie z wydanym orzeczeniem Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.

 ……………………………………………….

 /podpis rodzica(opiekuna prawnego)/ ucznia pełnoletniego/\*

\*niepotrzebne skreślić

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

 miejscowość, data

**…………………………………………………**

/Imię,nazwisko, adres rodzica/opiekuna prawnego/

**…………………………………………………**

/imię i nazwisko ucznia pełnoletniego /klasa/\*

 **Do Dyrekcji**

**II Liceum Ogólnokształcącego im. M. Kopernika**

 **w Cieszynie**

 Proszę o przyznanie godzin zajęć rewalidacyjnych mojemu dziecku (podopiecznemu)/ mnie\* w ramach kształcenia specjalnego, zgodnie z wydanym orzeczeniem Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.

 ……………………………………………….

 /podpis rodzica(opiekuna prawnego)/ ucznia pełnoletniego/\*

\*niepotrzebne skreślić