

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Do Dyrektora

.....
.....

Proszę o wyrażenie zgody na realizowanie rocznego obowiązkowego
przygotowania przedszkolnego przez moją córkę / mojego syna /

.....
urodzoną/ego/.....w.....

zamieszkałą/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
www.bratek-barlinek.pl
KRS 0000171673

