

Warszawa, dnia

.....
Imię i nazwisko matki (prawnej opiekunki)

.....
Imię i nazwisko ojca (prawnego opiekuna)

.....
Adres rodziców (prawnych opiekunów)

.....
Tel. kontaktowy do rodziców (opiekunów prawnych)

Dyrektor Marzena Wolska
Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii nr 8
ul. Podmokła 4
04-819 Warszawa

WNIOSEK

Proszę o przyjęcie
imię (imiona) i nazwisko dziecka

urodzonego W
data urodzenia miejsce urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkałej/zamieszkałego.....

.....
adres zamieszkania (ulica, nr domu, kod pocztowy miejscowość)

do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii nr 8 przy ulicy Podmokłej 4 w Warszawie
do klasyzgodnie z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego

Nr wydanym w dniu
numer orzeczenia data wydania

Obecnie dziecko jest uczennicą/ucniem klasy Szkoły Podstawowej Nr

w

.....
podpis wnioskodawcy