

.....

Lubawa, dnia.....

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(telefon)

D Y R E K T O R
Szkoły Podstawowej
im. Mikołaja Kopernika w Lubawie
ul. Rzepnikowskiego 7
14-260 Lubawa

WNIOSEK O ODROCZENIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO

Zwracam się z prośbą o wydanie decyzji o odroczeniu spełniania obowiązku
szkolnego mojego/ej syna/córki
urodzonego/ej....., PESEL..... adres zamieszkania
..... w roku szkolnym
na podstawie opinii nr Poradni psychologiczno-pedagogicznej w

Załączam oryginał opinii.

Po odroczeniu spełniania obowiązku szkolnego dziecko będzie realizować roczne
przygotowanie przedszkolne w.....

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)