Warszawa, dnia……………………………….

Do:
 **Dyrektor Szkoły Przysposabiającej do Pracy
przy Fundacji Pomocy Ludziom
 z Niepełnosprawnościami**

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

……………………………………………………….

……………………………………………………….
 (adres)

……………………………………………………….
 (telefon)

……………………………………………………….
 (adres e-mail)

PODANIE

Proszę o przyjęcie mojego dziecka ……………………………………………………………………………………
 (imię i nazwisko)

do klasy…………….. Szkoły Przysposabiającej do Pracy przy FPLzN ul. Skuterowej 9\*

w roku szkolnym 2025/2026

…………………………………………………………………
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*(niepotrzebne skreślić)