

Warszawa, dnia.....

Do:
**Dyrektor Szkoły Przystosabiającej 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 Przystosabiającej do Pracy przy FPLzN ul. Skuterowej 9*
w roku szkolnym 2025/2026

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*(niepotrzebne skreślić)