......................................... ................................................

 (imię nazwisko rodzica) (miejscowość, data)

.....................................

 (adres zamieszkania)

............................................

kod pocztowy miejscowość

.........................................

 telefon

 Dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych 45

 w Częstochowie

 ul. Czecha 15

 Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego syna/ córki\* ..................................................... ...................................................................................................... do pierwszej klasy Szkoły Specjalnej Przysposabiającej do Pracy nr 2 w Częstochowie w roku szkolnym .......................................................

 .................................................

 (podpis)

\* niepotrzebne skreślić