

.....
/imię i nazwisko/

.....
/miejsowość i data/

.....
/adres zamieszkania/
.....

.....
/tel. kontaktowy/

**Dyrektor
Specjalnego Ośrodka
Szkolno-Wychowawczego
w Zamościu**

Podanie

**Zwracam się z prośbą o organizację indywidualnych zajęć
rewalidacyjno-wychowawczych dla mojego dziecka**

....., ur. W
/imię i nazwisko dziecka/

województwo PESEL

w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym Zamościu od roku
szkolnego 2015/2016 na podstawie orzeczenia Poradni Psychologiczno-
Pedagogicznej Nrw Nr
z dnia

Oświadczenie:

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w
zakresie działalności dydaktyczno – wychowawczo – opiekuńczej zgodnie z
Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 1997 r. nr 133, poz. 883 z
późniejszymi zmianami)*

.....
/podpis rodzica lub opiekuna prawnego/