

WNIOSEK O ODROTCZENIE SPEŁNIANIA OBOWIĄZKU SZKOLNEGO.

.....
nazwisko i imię wnioskodawcy

Wrocław, dnia.....

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu kontaktowego:

**Do Dyrektora
Szkoły Podstawowej nr 19 w ZSP7
we Wrocławiu**

Zwracam się z prośbą o odroczenie obowiązku szkolnego w roku szkolnym...../.....
przez mojego syna/córkę:

1. **Nazwisko i imię(imiona):**.....
2. **Data urodzenia:**.....
3. **Miejsce urodzenia:**.....
4. **Adres zamieszkania**.....

na podstawie opinii Poradni Psychologicznej –Pedagogicznej nr..... we Wrocławiu

Nr opinii.....z dnia.....

.....
(miejscowość , dnia)

.....
/podpis matki/ prawnego opiekuna /

.....
(miejscowość , dnia)

.....
/podpis ojca/ prawnego opiekuna /

Załącznik:

1. Opinia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

Wymagane podpisy obojga rodziców/ prawnych opiekunów lub dokument potwierdzający ograniczenie władzy rodzicielskiej. W przypadku ograniczenia władzy rodzicielskiej dostarczamy kserokopię z ukrytymi innymi informacjami mogącymi naruszyć dobro osobiste drugiej strony.