**SZKOŁA PODSTAWOWA**

**Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI NR 344**

***im. Powstania Warszawskiego***

ul. Erazma z Zakroczymia 15

03-185 Warszawa

tel. 22 614-90-30 fax. 22 676-06-05

NIP: 524 22 75 453

ZAŁĄCZNIK NR 1

Warszawa, dnia……………………………

…………………………………..

imię i nazwisko

…………………………………….

…………………………………….

adres zamieszkania

**Dyrektor**

Szkoły Podstawowej

z Oddziałami Integracyjnymi nr 344

ul. Erazma z Zakroczymia 15

w Warszawie

**WNIOSEK**

Proszę o wydanie informacji o …………………………………………………………………… uczniu klasy………….………przez …………………………………………………............... (kogo), w celu przedłożenia………………………..…………………………………… ( nazwa instytucji).

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

Zastałam/em poinformowany o konieczności

przygotowania informacji o uczniu zgodnie z procedurą szkolną.

………………………………………………………

data i podpis nauczyciela