Cygany, dnia ………............ r.

……………………………………….

(imię i nazwisko rodzica)

……………………………………….

(adres zamieszkania)

……………………………………….

(telefon)

**Pani**

**Małgorzata Kamińska Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej**

**im. Jana Brzechwy w Cyganach**

**WNIOSEK**

**o odroczenie spełniania obowiązku szkolnego**

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

ur. ……………................…………… r. w ………………....………………… na podstawie

opinii Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w ...................................................................

(nr sygnatury ………………….....……… ).

………………………………………..

(podpis rodzica)