Konstancin-Jeziorna …………………..

……………………………….

 (imię i nazwisko rodzica)

……………………………….

……………………………….

……………………………….

 (adres zamieszkania)

……………………………….

 (nr telefonu)

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2**

**im. Stefana Żeromskiego**

**w Konstancinie – Jeziornie**

**ul. Żeromskiego 15**

**05-510 Konstancin-Jeziorna**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie decyzji w sprawie odroczenia spełniania obowiązku szkolnego w roku szkolnym ……………………, przez mojego syna, moją córkę\* ……………………………………………… ur. ………………… w ………………………….

 (imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia)

na podstawie opinii psychologiczno-pedagogicznej nr ………………….....................................

z dnia …………………, wydanej przez …………………………………………………………

…………………………………………… w ………………………………………………….

(pełna nazwa poradni)

………………………………………………

(podpis rodzica)

Załączniki:

…………………………………………….

……………………………………………..

……………………………………………...

\*niepotrzebne skreślić