Szczecin, dnia……………………………

…………………………………………………………

( nazwisko, imię składającego podanie )

………………………………………………………..

( adres)

………………………………………………………..

(telefon)

Sz. P.

Krzysztof Borys

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 39

ul. Kablowa 14

70-895 Szczecin

**WNIOSEK**

**o odroczenie spełniania obowiązku szkolnego**

Zwracam się z prośbą o wydanie decyzji o odroczeniu spełniania obowiązku szkolnego na rok szkolny …………………….

Imię i nazwisko dziecka………………………………………………………………………

Data urodzenia i miejsce……………………………………………………………………...

Nazwa Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej…………………………………...................

Nr syg.opinii…………………………………………………………………………………..

Do wniosku załączam opinię .

………....……………………………

(podpis składającego wniosek)

Załączniki:  
• Opinia Specjalistycznej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej