

Słupsk, .....

.....  
(imię i nazwisko rodzica)

.....  
(adres zamieszkania)

Pani  
Jolanta Banaszekiewicz  
Dyrektor  
Zespołu Szkół Ogólnokształcących  
w Słupsku

Proszę o przyznanie mojemu dziecku .....  
ucz. klasy ..... IV Liceum Ogólnokształcącego im. Krzysztofa Kamila Baczyńskiego  
w Słupsku, dodatkowych godzin lekcyjnych w ramach zajęć rewalidacyjnych  
z .....\*, które przysługują mu zgodnie  
z orzeczeniem Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Słupsku.

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

\*niewłaściwe skreślić