………………………………………………………… Łękawa, dnia ………………………..
(imię i nazwisko matki /prawnej opiekunki)

…………………………………………………………
(imię i nazwisko ojca/ prawnego opiekuna)

…………………………………………………………
(adres rodziców/ prawnych opiekunów)

…………………………………………………………
(telefon kontaktowy do rodziców/ prawnych opiekunów)

**Pani**

**Katarzyna Golik-Zielińska
Dyrektor Młodzieżowego
Ośrodka Socjoterapii w Łękawie
Łękawa 9, 97-400 Bełchatów**

**WNIOSEK**

Proszę o przyjęcie ......……………………………………………………………………….
 (imiona i nazwisko dziecka)

urodzonego…………………w………………………………………PESEL……….…………
 (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zamieszkałego …………………………………………………………………………………
 (adres zamieszkania-ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Łękawie do klasy ………….. Szkoły Podstawowej, zgodnie z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego Nr ……………. wydanym w dniu……………obecnie dziecko jest uczniem klasy…………. Szkoły Podstawowej Nr………w………………………………………………...
 (adres szkoły)

 …………………………………………………….
 (podpis wnioskodawcy)