

.....
imię, nazwisko miejscowość,

.....
data

.....
adres

.....
tel.

**Dyrektor Zespołu Szkół
im. Władysława Szybińskiego
ul. Kraszewskiego 11
43-400 Cieszyn**

dotyczy: godzin rewalidacyjnych

Zgodnie z orzeczeniem nr wydanym przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną

w proszę przyznanie godzin rewalidacyjnych

mojej/mojemu córce/synowi.....

z przedmiotów.....

w okresie.....

.....
podpis