……………………………………………………… …………..…………………………………  
 (Imię i nazwisko rodzica) (Miejscowość, data)

………………………………………………………

………………………………………………………  
 (Adres zamieszkania)

………………………………………………………  
 (Nr telefonu)

WNIOSEK

Proszę, aby zajęcia rewalidacyjne\* mojego dziecka …………………………………………………… z klasy ……..……. Szkoły Branżowej I st./Liceum dla Młodzieży\* w roku szkolnym 2020/21 odbywały się w Centrum Kształcenia Zawodowego NAUKA przy ul. Warsztatowej 4 w Tczewie.

…………………………………………………….

(Podpis rodzica)

\*niepotrzebne skreślić