

Imię i nazwisko:

Szczecin, dnia _____

Adres zamieszkania:

Telefon:

**Do Dyrekcji:
Specjalnego Dziennego Ośrodka
Terapeutyczno-Edukacyjnego
Dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem
71-601 Szczecin, Ul. Montwiłła 2**

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mojego dziecka: _____
_____ do Specjalnego Dziennego Ośrodka Terapeutyczno-Edukacyjnego
dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w celu realizacji:

- obowiązku szkolnego / od klasy
- rocznego przygotowania przedszkolnego
- prawa do nauki (dla dzieci po 18 r.ż)* / od klasy

od dnia: _____

*niepotrzebne skreślić

Podpis rodzica:

W załączeniu: