

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(miejsowość, data)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej
z Oddziałami Przedszkolnymi
im. Jana Brzechwy
w Justynowie**

Wniosek o odroczenie rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego

Zwracam się z prośbą o odroczenie spełniania obowiązku szkolnego w roku szkolnym 202.../202... przez mojego syna/córkę
ur. w na podstawie opinii
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w
nr z dnia..... .

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

Załącznik:

1. Opinia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w nr
..... z dnia