……………………………………………… Warszawa, .…………....………….………….   
*(imię i nazwisko rodzica / pełnoletniego ucznia)* *(data)*

………………………………………………  
*(imię i nazwisko ucznia, klasa)*

………………………………………………  
*(telefon kontaktowy)*

***Do***

***Mateusz Kozłowski***

*Dyrektor*

*Zespołu Szkół Poligraficznych  
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego*

***Dotyczy:*** *przyznanie nauczyciela wspomagającego*

Zwracam się z prośbą o przyznanie nauczyciela wspomagającego dla córki / syna

………..………………………………………………………………………………………… *(imię nazwisko ucznia, klasa)*

na podstawie złożonego Orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego   
  
nr …………………………………… z dnia ………………………………………………… *(nr opinii PPP(…)) (dzień wystawienia dokumentu przez PPP)*

*……………………………………………...*

*(podpis rodzica / pełnoletniego ucznia)*