……………………………………………… 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)*