Świdnica, dn. ………………………………………. r.

…………………………………………………………………………………….

 (Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

…………………………………………………………………………………….

 (adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

 (telefon kontaktowy)

 **Dyrektor**

 **Szkoły Podstawowej nr 4**

 **im. H. Sienkiewicza**

 **w Świdnicy**

**W N I O S E K**

**o odroczenie spełniania obowiązku szkolnego**

 Zwracam się z prośbą o odroczenie spełniania obowiązku szkolnego w roku szkolnym ………………………….. /…………………….. przez mojego/moją syna/córkę …………………………………………………………………………. ur. ………………………………………………….. r. w …………………………………………………………………….. na podstawie opinii Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w ………………………………………………………………………………….

(nr sygnatury: ………………………………………………………………..)

 …………………………………………………………………………………..

 (podpis rodzica/opiekuna prawnego)