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)