

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(miejscowość i data)

.....
(szkoła, klasa)

.....
(data i miejsce urodzenia ucznia)

.....
(adres zamieszkania ucznia)

.....
(aktualny nr telefonu do rodzica/opiekuna prawnego)

**Do Dyrektora Specjalnego Ośrodka
Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci
Niewidomych im. Synów Pułku
w Owińskach**

Proszę o wystawienie zaświadczenia potwierdzającego (zaznaczyć właściwe):

pobyty w internacie

tymczasowe zameldowania w Specjalnym Ośrodku Szkolno-
Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych w Owińskach

comiesięczne przyjazdy/wyjazdy do/z Ośrodka

inne

.....

Celem przedłożenia w (podać miejscowość i nazwę urzędu, ośrodka):

.....

.....
Podpis