Koronowo, ………………………………….

……………………………………..…………………………………..
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………..…………………………………..
(adres zamieszkania)

……………………………………..…………………………………..

(tel. kontaktowy)

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2
im. Jana Pawła II w Koronowi
ul. Dworcowa 48
86-010 Koronowo**

Wyrażam zgodę, aby mój syn/córka …………………………………………………………………………………..

Uczeń/uczennica klasy …………………….od dnia………………………… uczestniczyła/uczestniczył

w zajęciach rewalidacyjnych na terenie szkoły.

 ……………………………………………………………………….….

 (**Czytelny podpis** **Rodzica/opiekuna prawnego)**