

Dane rodziców/ opiekunów prawnych

Łódź, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

**Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno - Wychowawczego nr 6
w Łodzi**

Proszę o przyjęcie mojego dziecka
(imię/imiona i nazwisko)

Data i miejsce urodzenia
województwo

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do klasy w szkole
(nazwa szkoły)

w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym nr 6 w Łodzi od
(data)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie realizacji zadań szkoły zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U.2014, poz.1182, z póź. zm.).

.....

Podpis rodzica/ prawnego opiekuna