**SZKOŁA PODSTAWOWA**

**Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI NR 344**

***im. Powstania Warszawskiego***

 ul. Erazma z Zakroczymia 15

03-185 Warszawa

tel. 22 614-90-30 fax. 22 676-06-05

NIP: 524 22 75 453

ZAŁĄCZNIK NR 1

Warszawa, dnia……………………………

…………………………………..

 imię i nazwisko

…………………………………….

…………………………………….

adres zamieszkania

 **Dyrektor**

 Szkoły Podstawowej

 z Oddziałami Integracyjnymi nr 344

ul. Erazma z Zakroczymia 15

 w Warszawie

**WNIOSEK**

 Proszę o wydanie informacji o …………………………………………………………………… uczniu klasy………….………przez …………………………………………………............... (kogo), w celu przedłożenia………………………..…………………………………… ( nazwa instytucji).

 ………………………………………………………………………….. ( czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Zastałam/em poinformowany o konieczności

 przygotowania informacji o uczniu zgodnie z procedurą szkolną.

………………………………………………………

 data i podpis nauczyciela