

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko rodziców / opiekuna prawnego)  
.....

.....  
(dane adresowe)

Do Dyrektora  
Specjalnego Ośrodka  
Szkolno–Wychowawczego  
dla Dzieci Słabowidzących nr 8  
00-448 Warszawa  
ul. Koźmińska 7

## PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego syna / córki\*

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

do klasy ..... Liceum Ogólnokształcącego nr CXXXVI  
w Specjalnym Ośrodku Szkolno–Wychowawczym dla Dzieci  
Słabowidzących nr 8 im. dr Zofii Galewskiej w Warszawie.

Z poważaniem

.....  
Podpis rodzica / opiekuna prawnego

\*niepotrzebne skreślić