Warszawa, (data) …………............

**Dane matki (prawnego opiekuna):**

imię i nazwisko: …………………………………..

adres do korespondencji:

ul. …………….…………………………………………

kod pocztowy …………….……………

telefon kontaktowy[[1]](#footnote-1): ………………………………

e-mail1……………………………………………………..

Preferowany kontakt: telefon / sms / email

**Dane ojca (prawnego opiekuna):**

imię i nazwisko: …………………………………..

adres do korespondencji:

ul. …………….…………………………………………

kod pocztowy …………….

telefon kontaktowy1 ………………………………

e-mail1……………………………………………………..

Preferowany kontakt: telefon / sms / email

**Dyrektor Instytutu Głuchoniemych**

**Im. Jakuba Falkowskiego w Warszawie**

Oświadczam, że syn/córka ………………….……………...…………..ur. ……………………nie będzie uczęszczał/uczęszczała do …………………………………………………..(nazwa szkoły) w Instytucie Głuchoniemych im. Jakuba Falkowskiego.

Obowiązek szkolny będzie realizował/realizowała ……………………………………….… (nazwa szkoły) w ……………………………………………(miejscowość) od dnia ………………………………….……

Nr dowodu osobistego osoby wypisującej dziecko:…………………………………………….

1. Dane niewymagane. Podanie numeru telefonu do kontaktu i adresu e-mail ułatwi kontakt z Wnioskodawcą. [↑](#footnote-ref-1)