

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Radom, dn.....

.....

.....
adres

.....
numer telefonu

**DYREKTOR
SOSW DLA DZIECI NIESŁYSZĄCYCH
W RADOMIU**

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia dla mojego syna/córki

..... w celu.....

.....

.....

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego