

**SZKOŁA PODSTAWOWA NR 2 im. ALEKSANDRA DOBY W ZALASEWIE**  
ul. Jana Heweliusza 26; 62-020 Swarzędz

---

.....  
miejscowość, data

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

.....  
adres zamieszkania

Pani Beata Hałas  
Dyrektor  
Szkoły Podstawowej nr 2  
im. Aleksandra Doby w Zalasewie

**WNIOSEK RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA  
O REALIZACJĘ ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH W FORMIE INDYWIDUALNEJ**

W związku z faktem wydania przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w ..... orzeczenia nr: ..... o potrzebie kształcenia specjalnego w szkole w roku szkolnym ...../..... wnioskuję o realizację zajęć w formie indywidualnej dla mojego dziecka.

Imię i nazwisko dziecka: ....., klasa .....

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna

Załącznik:

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego