



Szkoła Podstawowa nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi
OS. ZACHÓD A/5 73-110 STARGARD
tel. 091 573 41 45, E-Mail: sekretariat@zsostargard.pl



**WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 2 Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI
W STARGARDZIE**

do KLASZY IV
rok szkolny 2021/2022

IMIĘ i NAZWISKO DZIECKA		
Adres zamieszkania dziecka		
Adres meldunku stałego dziecka		
Data i miejsce urodzenia dziecka		
PESEL dziecka		
Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów	Matka:	
	Ojciec:	
Adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów		
Telefony kontaktowe do dyspozycji szkoły	matka/prawna opiekunka:	ojciec/prawny opiekun:
E – mail rodziców/prawnych opiekunów	matka/prawna opiekunka:	
	ojciec/prawny opiekun:	
Poprzednia szkoła		

1. DANE:

.....
data

.....
czytelny podpis osoby składającej wniosek