

Internat Zespołu Szkół
W Wojewodzinie
19- 200 Grajewo

P o d a n i e

Proszę o przyznanie miejsca w internacie mojemu synowi – córce

.....
(imię i nazwisko)

ucz. kl..... na czas nauki od..... do.....
(podać nazwę klasy)

każdego roku szkolnego.

Miejsce zamieszkania.....

Telefon:.....

Odległość od domu do szkoły.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)