*(imię i nazwisko ucznia)**(miejscowość, data)*

*(klasa)*

 **Dyrektor
 Zespołu Szkół Nr 7 w Koszalinie**

**Dotyczy: zajęć indywidualnych lub w grupie do 5 uczniów**

Zwracam się z prośbą o zorganizowanie zajęć indywidualnych lub w grupie do 5 uczniów w roku szkolnym ………………………………uczniowi/uczennicy\* klasy ………………………………

**……………………………………………….**

*(imię i nazwisko)*

na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego nr ………………………….. z dnia ………………………………. r. wydanego przez Miejska/Powiatową\* Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w……………………….. z następujących przedmiotów:

1. ………………………………. – liczba godzin tygodniowo …………….
2. ………………………………. – liczba godzin tygodniowo …………….

*(czytelny podpis rodzica/ pełnoletniego ucznia)*

W załączeniu:

1. Kopia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego nr ……………………………….