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

*(klasa)*

 **Dyrektor
 Zespołu Szkół Nr 7 w Koszalinie**

**Dotyczy: zajęć rewalidacyjnych**

Zwracam się z prośbą o zorganizowanie zajęć rewalidacyjnych 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……………..

*(czytelny podpis rodzica/ pełnoletniego ucznia)*

W załączeniu:

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