



Ośrodek Szkolno - Wychowawczy
dla Dzieci Niesłyszących
im. Józefa Sikorskiego w Poznaniu

Poznań, dnia 01 września 20.... r.

ZGODA NA ZAMIANĘ ZAJĘĆ SPECJALISTYCZNYCH

Wyrażam zgodę na zamianę zajęć Integracji Sensorycznej (SI) na usprawnianie ruchowe

..... ucznia/uczennicy klasy..... w roku

(imię i nazwisko ucznia)

szkolnym 20..../20.....

.....

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)