

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(szkoła, klasa)

.....  
(data i miejsce urodzenia ucznia)

.....  
(adres zamieszkania ucznia)

.....  
(aktualny nr telefonu do rodzica/opiekuna prawnego)

**Do Dyrektora Specjalnego Ośrodka  
Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci  
Niewidomych im. Synów Pułku  
w Owińskach**

Proszę o wystawienie zaświadczenia potwierdzającego (zaznaczyć właściwe):

pobyty w internacie

tymczasowe zameldowania w Specjalnym Ośrodku Szkolno-  
Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych w Owińskach

comiesięczne przyjazdy/wyjazdy do/z Ośrodka

inne .....

.....

Celem przedłożenia w (podać miejscowość i nazwę urzędu, ośrodka):

.....

.....  
*Podpis*