………………………………..

(imię i nazwisko rodzica)

………………………………………

………………………………..

………………………………..

(adres zamieszkania)

………………………………..

(nr telefonu)

Warszawa, dnia……………………..

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 403**

**ul. Karlińskiego 6**

**31-413 Warszawa**

Proszę o wydanie decyzji w sprawie odroczenia od obowiązku szkolnego mojego/mojej\*córki/syna\*:

…..………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka)

na podstawie opinii psychologicznej nr…………………………………z dnia……………….. wydaną przez ……………………………………………………………………………………

(pełna nazwa poradni)

…………………………………..

(podpis rodzica)

Załączniki:

1. opinia psychologiczna

\* niepotrzebne skreślić

*Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 ze zm.) Szkoła Podstawowa nr 403 w Warszawie informuje, iż:*

* *administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 403 w Warszawie, ul. Karlińskiego 6,*
* *Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu wydania Pani/Panu duplikatu świadectwa/dyplomu i nie będą udostępniane w innych celach,*
* *posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,*
* *podanie powyższych danych jest dobrowolne.*