



Szkoła Podstawowa  
z Oddziałami Integracyjnymi nr 344  
im. Powstania Warszawskiego  
ul. Erazma z Zakroczymia 15  
03-185 Warszawa  
tel. 22 614-90-30

ZAŁĄCZNIK NR 1

Warszawa, dnia.....

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

**Dyrektor**  
Szkoły Podstawowej  
z Oddziałami Integracyjnymi nr 344  
ul. Erazma z Zakroczymia 15  
w Warszawie

### WNIOSEK

Proszę o wydanie informacji o ..... uczniu  
klasy.....przez ..... (kogo), w celu  
przedłożenia..... ( nazwa instytucji).

.....  
( czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Zostałam/em poinformowany o konieczności  
przygotowania informacji o uczniu zgodnie z procedurą szkolną.

.....  
data i podpis nauczyciela