

Koszalin, dnia-.....-20...r.

.....
imię i nazwisko rodzica

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 17
im. Orła Białego
ul. M. Wańkowicza 11
75-445 Koszalin**

Proszę o wydanie karty przekazania ucznia

kl. z powodu (zmiany miejsca zamieszkania). Od
dnia syn/córka będzie uczniem szkoły:

.....

.....

podpis rodzica