



**Zespół Szkół Specjalnych**  
*im. Stefana Kopcińskiego*  
*w Aleksandrowie Łódzkim*

Telefon / Fax : 042 / 712-44-67

e-mail: zsaleksandrow@gmail.com

NIP: 947-13-88-474      Regon 000989962

Aleksandrów Łódzki, 05.06.2018 r.

.....

.....

.....

(Imię i nazwisko, adres zamieszkania rodziców  
lub pełnoletniego ucznia)

Dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych  
w Aleksandrowie Łódzkim

#### PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie .....  
(imię i nazwisko ucznia)

do klasy ....., w roku szkolnym .....

na kierunek .....  
(kierunek kształcenia w szkole branżowej /zawodowej)

Z poważaniem

.....

(czytelny podpis rodzica/pełnoletniego ucznia)

Aleksandrów Łódzki .....