

.....
(nazwisko i imię ucznia,)
.....

.....
(miejscowość i data)
.....

.....
(adres zamieszkania z kodem pocztowym)
.....

.....
(klasa, szkoła)
.....

**Pani
dr Katarzyna Nowak
Dyrektor Zespołu Szkół Nr 3
im. Tadeusza Ryłskiego w Rzeszowie
ul. Warszawska 20
35-205 Rzeszów**

Zwracam się z prośbą o przesunięcie terminu płatności za Internat mojego syna/córki
..... do dnia.....każdego miesiąca roku szkolnego
(imię i nazwisko wychowanka internatu)
2025/2026.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

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