

.....
Imię i nazwisko rodziców lub prawnych opiekunów

Radlin, dnia

.....
Miejsce zamieszkania (ulica, numer domu)

.....
Miejsce zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość)

.....
Telefon kontaktowy

**Do Dyrektora
Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
ul. Władysława Orkana
44-310 Radlin**

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA NA ZAJĘCIA WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL

Miejsce zamieszkania *(ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość):*
.....

Uzasadnienie
.....

.....
podpis rodziców lub opiekunów prawnych

W załączeniu:

Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju nr z dnia