

Wschowa,

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Starostwo Powiatowe
Pl. Kosynierów 1c
67-400 Wschowa

Zwracam się z prośbą o skierowanie mojego dziecka do Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego we Wschowie na zajęcia z Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka

Dane dziecka;

Nazwisko Imiona

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

.....
W załączeniu Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka Nr.....,
wydana przez Poradnię Psychologiczno Pedagogiczną w

.....
podpis rodzica/opiekuna)