....
(imię i nazwisko wnioskodawcy) (miejscowość i data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA
ul. Rynek 8, 34-220 Maków Podhalański, tel./fax. 033 8742606
ul. Banacha 1, 34-240 Jordanów, tel./fax. 018 2674785

WNIOSEK O **KONTYNUACJĘ** ZAJĘĆ WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA w ramach **OKRO**

Zwracam się z prośbą o kontynuację zajęć wczesnego wspomagania rozwoju w roku szkolnym ……/……dla mojego dziecka .....
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego.....zamieszkałego……..
(data i miejsce urodzenia (miejsce zamieszkania)

Oświadczam, że moje dziecko realizuje/nie realizuje zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w .....
(nazwa i adres placówki)

Uwagi:

….....

….....

….....

….....

.....
(podpis wnioskodawcy)