

.....
(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 OBJĘCIE DZIECKA ZAJĘCIAMI WCZESNEGO WSPOMAGANIA
ROZWOJU DZIECKA**

Zwracam się z prośbą o objęcie mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

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

zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w roku szkolnym.....

Oświadczam, że moje dziecko nie realizuje / realizuje zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju

dziecka w
(nazwa i adres placówki)

Do wniosku załączam opinię o potrzebie objęcia dziecka zajęciami wczesnego wspomaganie
rozwoju.

Uwagi:

.....
.....
.....

.....
(podpis wnioskodawcy)