

.....
(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**

Zwracam się z prośbą o kontynuację zajęć wczesnego wspomaganie 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 wspomaganie rozwoju

dziecka w
(nazwa i adres placówki)

Uwagi:

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

.....
(podpis wnioskodawcy)