Suliszewo, dnia ..............................

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

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

Adres .................................................................

Kod pocztowy ...................................................

Powiat ...............................................................

Dyrektor

Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego

im. Kawalerów Orderu Uśmiechu

ul. Zwycięstwa 28

73-222 Suliszewo

**WNIOSEK ¹**

**o zorganizowanie zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

**w ramach WOKRO programu „za życiem”**

Proszę o zorganizowanie dla mojej córki / mojego syna2

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

(imię nazwisko dziecka, PESEL)

urodzonej /urodzonego2 .............................................w......................................... zamieszkałej (zamieszkałego)2 ……………………………….…………….….. zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

Do wniosku dołączam:

1. Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka,

2. Potwierdzenie zameldowania dziecka.

3………………………………………………………………..

(inne dokumenty)

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

podpis rodzica (opiekuna prawnego)