

.....
imię i nazwisko

Gryfice,
data

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

.....
e-mail

**Dyrektor Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej w Gryficach**

Proszę o objęcie mojego dziecka

..... ur.
imię i nazwisko data

zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju, realizowanymi na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Gryficach.

Jednocześnie oświadczam, że moje dziecko nie jest objęte zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju w innej placówce.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego