

.....
(imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego
/ rodzica zastępczego)

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego
/ rodzica zastępczego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy
programu rządowego „Za życiem”
w Powiecie Wrzesińskim;
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna we Wrześni**

Wniosek o prowadzenie dodatkowych zajęć specjalistycznych:

.....
.....
.....
(proszę podać rodzaje zajęć specjalistycznych)

Dla:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

ur.

(data urodzenia)

W

(miejsce urodzenia)

.....
PESEL dziecka:

(adres zamieszkania dziecka)

W przypadku dziecka uczęszczającego do przedszkola/oddziału przedszkolnego:

.....
(nazwa i adres przedszkola, szkoły, placówki do której uczęszcza dziecko)

Dziecko realizuje wczesne wspomaganie rozwoju (WWR) w :

.....
Załączniki do wniosku:

1. Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

Podpis wnioskodawcy