

Koszalin, dnia.....

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres

.....
telefon kontaktowy

Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
Centrum Diagnostyczno Rehabilitacyjne
Neuro – Thera – Med
75-502 Koszalin ul. M. Piłsudskiego 43

**Wniosek o realizację
Wczesnego Wspomagania Rozwoju**

Wnioskuje, o realizację wczesnego wspomaganie rozwoju mojego dziecka:

.....
imię i nazwisko oraz adres zamieszkania dziecka/ podopiecznego

Pesel:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ur., w

data urodzenia

miejsce urodzenia

Nazwa i adres przedszkola lub placówki do której dziecko uczęszcza (grupa):

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Nie będzie uczestniczyło w zajęciach realizowanych w ramach WWR w innej placówce
2. O zakończeniu / rezygnacji z zajęć mojego dziecka realizowanych w ramach WWR poinformuję pisemnie placówkę realizującą zajęcia w ramach WWR

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego/ pełnoletniego dziecka