

....., dnia
(miejsowość)

.....

.....
nazwisko, imiona rodziców (prawnych opiekunów)

.....

.....
adres zamieszkania

.....
tel. kontaktowy

**Publiczna Poradnia
Psychologiczno - Pedagogiczna
w Staszowie z filią w Połańcu**

W N I O S E K

Proszę o objęcie mojego dziecka terapią w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzeniaPESEL.....

Miejsce zamieszkania

Nazwa i adres przedszkola

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności **TAK** **NIE**

Z a ł ą c z n i k i :

1. Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju / orzeczenie do kształcenia specjalnego.
2. Zaświadczenie lekarskie.

.....
(podpis wnioskodawcy)