

Hajnówka, dnia

2

Wnioskodawca

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
Telefon kontaktowy wnioskodawcy

**Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy
w Hajnówce
ul. 3 Maja 27
17-200 Hajnówka**

WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA

....., ur. W
(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

PESEL, zamieszkałego w

TERAPIĄ Wczesnego WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

W załączeniu:

Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka Nr z dnia

.....wydana przez