

....., dnia.....
(miejscowość)

Dane wnioskodawcy

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(telefon kontaktowy)

**Dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych
w Świebodzicach**

Wniosek o objęcie dziecka wczesnym wspomaganie rozwoju

Proszę o objęcie mojego dziecka/podopiecznego*.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego) ur.

..... W
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zajęciami terapeutycznymi w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

Do wniosku załączam:

Opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka nr
z dnia wydaną przez.....
.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Państwa dane osobowe oraz dane Państwa dziecka będą przetwarzane przez Zespół Szkół Specjalnych w Świebodzicach. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych stanowi załącznik do wniosku.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić