Szczecin, dnia …...............................

 ………………………………………………

 ………………………………………………

 Imię i nazwisko rodziców

......................................................................

Adres zamieszkania

 ......................................................................

 Nr PESEL dziecka: ......................................

 Tel. dom: .....................................................

 Tel. do pracy: ..............................................

 Tel. kom: .....................................................

 **Dyrektor**

 **Publicznej Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 25**

**w Szczecinie**

**Podanie**

 Proszę o zorganizowanie zajęć z Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka w roku szkolnym ……………….., dla mojego syna/córki:

……………………………………………………………………………………

urodz. …………………………… w ……………………………………………

Oświadczam, że nie korzystam z zajęć Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka w żadnej innej placówce.

………………………………………

Podpis rodzica/opiekuna