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