

.....
(imię i nazwiska)

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(adres zamieszkania)

.....

.....
(telefon kontaktowy)

Dyrektor
Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej
w Zabierzowie
32-080 Zabierzów
ul. Cmentarna 2

Proszę o realizację zajęć wczesnego wspomagania rozwoju mojego dziecka
..... w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej
w Zabierzowie.

Podstawa:

Opinia ZO Nr z dn. Wydana przez Zespół Orzekający
Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w

.....
(podpis rodzica)