

.....  
(imię i nazwiska)

.....  
(adres zamieszkania)  
.....

.....  
(telefon kontaktowy)

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

Proszę o realizację zajęć wczesnego wspomaganie 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)

..... dn. ....