

.....
(imię i nazwisko rodzica, prawnego opiekuna dziecka)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

WNIOSEK

do Zespołu Poradni Psychologiczno- Pedagogicznych
w Gorzowie Wlkp.

Wnioskuje o objęcie terapią w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju

mojego dziecka ur.....

uczęszczającego do.....

informuję, że terapia mojego dziecka w ramach wczesnego wspomagania nie jest realizowana w Zespole WWRD poza poradnią

Gorzów Wlkp. dn.

.....
Podpis wnioskodawcy (rodzica lub prawnego opiekuna)

-Z uwagi na ograniczoną ilość miejsc terapii w ramach wczesnego wspomagania, uprzejmie prosimy rodziców o podjęcie decyzji w ciągu dwóch tygodni od daty otrzymania opinii o WWRD i przekazanie informacji osobiście lub telefonicznie do ZPPP.

.....
(imię i nazwisko rodzica, prawnego opiekuna dziecka)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

WNIOSEK

do Zespołu Poradni Psychologiczno- Pedagogicznych
w Gorzowie Wlkp.

Wnioskuje o objęcie terapią w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju

mojego dziecka ur.....

uczęszczającego do.....

informuję, że terapia mojego dziecka w ramach wczesnego wspomagania nie jest realizowana w Zespole WWRD poza poradnią

Gorzów Wlkp. dn.

.....
Podpis wnioskodawcy (rodzica lub prawnego opiekuna)

- **Z uwagi na ograniczoną ilość miejsc terapii w ramach wczesnego wspomagania, uprzejmie prosimy rodziców o podjęcie decyzji w ciągu dwóch tygodni od daty otrzymania opinii o WWRD i przekazanie informacji osobiście lub telefonicznie do ZPPP.**
-