Kościan, dnia …………..…………………………….

Zespół

Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka

przy Zespole Szkół Specjalnych im. Marii Konopnickiej

w Kościanie

**WNIOSEK**

o wydanie opinii Zespołu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka

dla:

1. Imię/imiona i nazwisko dziecka: ………………………………………………………………………………
2. Data i miejsce urodzenia dziecka: …………………………………………………………………………….
3. Adres zamieszkania dziecka: …………………………………………………………………………………...

w celu ………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

/podpis rodzica/rodziców/opiekunów prawnych/

Opinię odebrałam/odebrałem dnia ………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

/podpis rodzica/rodziców/opiekunów prawnych/

W przypadku, gdy władza rodzicielska jest sprawowana przez oboje rodziców/opiekunów prawnych wymagane są oba podpisy.

\* niewłaściwe skreślić