|  |
| --- |
| ……………………………………………………*imię i nazwisko rodzica/opiekuna*……………………………………………………*adres**……………………………………………………**telefon* |

**WNIOSEK**

**CENTRUM WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA**

**przy Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym Nr 1 w Elblągu**

Proszę o przyjęcie mojego syna/córki ………………………………………………….. – ur.,……………………………………. zam. ……………………………………………………………….. – na zajęcia z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka zgodnie z zaleceniami poradni psychologiczno – pedagogicznej.

……………………………………………….

*podpis rodzica/opiekuna*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że moje dziecko …………………………………………………..nie korzysta z zajęć
w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka w innych placówkach na terenie powiatu elbląskiego.

……………………………………………….

*podpis rodzica/opiekuna*