Goślice,……………………

…………………………………………………..

 *(imiona i nazwisko dziecka)*

**W N I O S E K**

 Proszę o przyjęcie córki/syna na ***Zajęcia Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dzieci*** organizowane przez Zespół Szkół Specjalnych w Goślicach na podstawie przedłożonej opinii o potrzebie WWRD wydanej przez …………………………………...............................

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

Nr……………………………… z dnia…………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia dziecka ...........................…………………………………………….

PESEL dziecka ………………………………………………………………………………. Imiona i nazwiska rodziców ………………………………………………………………….

Adres zamieszkania dziecka…...………………………………………………………………..

Adres zamieszkania rodziców…..………………………………………………………………

Nr telefonu:

 ***Do*** ***Ojca: Do Matki:***

……………………………………… ………………………………………..

……………………………………… ………………………………………..

 (podpis rodziców) (podpis rodziców)

Oświadczam, iż przysługujące mojemu dziecku godziny zajęć w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka wykorzystam w Zespole Szkół Specjalnych w Goślicach.

……………………………………

 (podpis rodziców)