Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Busku-Zdroju

Za życiem

Powiat Buski

_____

miejscowość i data

imię i nazwisko matki

imię i nazwisko ojca

adres zamieszkania

adres zamieszkania

numer telefonu

numer telefonu

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
w Busku-Zdroju

Wniosek o przyznanie specjalistycznych zajęć w ramach Programu „Za Życiem”:

I. Dane dziecka:

Imię i nazwisko : _____ PESEL: _____

Data i miejsce urodzenia: _____

Zamieszkały/a : _____

Żłobek/Przedszkole/Szkoła : _____

II. Rodzaj specjalistycznych zajęć :

_____

_____

III. Czy dziecko ma wydaną opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju?

TAK ☐ NIE ☐ (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

Jeśli TAK to ze względu na jaką niepełnosprawność? _____

_____

IV. Dokumenty dołączone do wniosku:

_____

_____

czytelny podpis wnioskodawcy