



Ośrodek Rewalidacyjno - Wychowawczy

74-320 Barlinek, ul. H. Sienkiewicza 15

Tel./fax: (095) 7462-447,

e - mail: ndorew.wwr@gmail.com

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że mój/moja syn/córka.....

ur.

zam.

uczestniczy wyłącznie zajęciach terapeutycznych w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka organizowanych przez Ośrodek Rewalidacyjno – Wychowawczy w Barlinku oraz, że nie korzysta z innych zajęć terapeutycznych dotowanych w ramach tej samej formy pomocy.

W przypadku, gdy rodzic dziecka zacznie realizować zajęcia wwrd równolegle w innej placówce, zobowiązany jest do natychmiastowego, skutecznego (pisemnego) powiadomienia dyrektora Ośrodka w celu ustalenia warunków realizacji zajęć.

Zgodnie z § 6. 1. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci łączny wymiar zajęć w ramach wwrd wynosi od 4 do 8 godzin w miesiącu.

.....
(Data i miejscowość)

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)