



Ośrodek Rewalidacyjno - Wychowawczy
74-320 Barlinek, ul. H. Sienkiewicza 15
Tel./fax: (095) 7462-447,
e - mail: ndorew.wwr@gmail.com

**WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA ZAJĘCIAMI TERAPEUTYCZNYMI
WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA
W OŚRODKU REWALIDACYJNO – WYCHOWAWCZYM W BARLINKU**

| | |
|--|--|
| <i>Imię i nazwisko dziecka</i> | |
| <i>Data i miejsce urodzenia</i> | |
| <i>PESEL</i> | |
| <i>Adres zamieszkania</i> | |
| <i>Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)</i> | |
| <i>Telefon kontaktowy</i> | |
| <i>Nr opinii wwrđ</i> | |
| <i>Data wydania opinii wwrđ</i> | |

Zobowiązuję się do systematycznego udziału dziecka w zajęciach w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju oraz do informowania terapeuty o ewentualnych nieobecnościach.

Trzykrotna nieusprawiedliwiona nieobecność na zajęciach skutkuje skreśleniem dziecka z listy dzieci objętych wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka.

.....
(Data i miejscowość)

.....
(Podpis rodzica(-ów), prawnego opiekuna)