Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Żaganiu
68-100 Żagań
ul. Śląska 1
tel. (68) 477-29-00 fax (68) 477-29-00
e-mail pppzagan@wp.pl

WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA ZAJĘCIAMI WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

1. Nazwisko i imię dziecka .....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Pesel dziecka: ……..……
4. Adres zamieszkania.....
5. Przedszkole/Szkoła..... gr./kl.. .....
6. Kto wnioskuje .....
7. Telefon kontaktowy.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę, aby moje dziecko.....
(nazwisko i imię dziecka)

- *objęte było zajęciami wczesnego wspomagania rozwoju na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Żaganiu*
- *nie realizuje zajęć wczesnego wspomagania rozwoju w innej placówce.*

Żagań, dnia..... .....
(*czytelny podpis rodzica-opiekuna)*