

Data

WNIOSEK
O OBJĘCIE OPIEKĄ ZESPOŁU WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU
w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych w Owińskach
Proszę o objęcie opieką Zespołu w roku szkolnym/.....

(nazwisko i imię dziecka)

PESEL

(data urodzenia)

(kod pocztowy) - (poczta)

(miejscowość, ulica) (nr domu) (nr mieszkania)

(imię i nazwisko matki/ opiekunki prawnej)

(telefon kontaktowy)

(adres mailowy)

(imię i nazwisko ojca/ opiekuna prawnego)

(telefon kontaktowy)

(adres mailowy)

Deklaruję uczestnictwo w zajęciach na terenie SOSWDN w Owińskach:

jeden raz w tygodniu; dwa razy w tygodniu; co dwa tygodnie;

raz w miesiącu; w formie konsultacji; *(proszę zaznaczyć wybraną kratkę)*

(podpisy rodziców)

(miejsce na dodatkowe uwagi)