

Olsztyn,

.....
Nazwisko i imię rodzica

.....
adres dziecka

.....
telefon do kontaktu

Dyrektor
SOSW dla Dzieci Niestyszających
w Olsztynie

Proszę o objęcie mojego dziecka urodz,
w zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

W załączeniu opinia wydana przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr

.....
podpis rodzica