*Kowary, dn. ……………………………………………..*

……………………………………………………………………

*(imię i nazwisko wnioskodawcy)*

……………………………………………………………………

*(adres zamieszkania)*

……………………………………………………………………

*(telefon)*

**Dyrektor**

**Publicznej Poradni**

**Psychologiczno – Pedagogicznej**

**w Kowarach**

**WNIOSEK**

Proszę o objęcie mojego dziecka ……………………………………………………............................[[1]](#footnote-2) wczesnym wspomaganiem rozwoju zgodnie z wydaną opinią.

**Oświadczam jednocześnie**, że dziecko:

1. **Nie korzysta[[2]](#footnote-3)** z tej formy pomocy w innej placówce oświatowej
2. **Korzysta[[3]](#footnote-4)** z tej formy pomocy w innej placówce oświatowej- ………………………………………………………

…………………………………..…………...[[4]](#footnote-5), w wymiarze …………………………godzin tygodniowo/miesięcznie [[5]](#footnote-6)

Do wniosku załączam:

1. Opinię o potrzebie wczesnego wspomagania Nr ………………………………… z dn. ……….………....………..[[6]](#footnote-7)
2. …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

………………………………………………………………….

*(podpis wnioskodawcy)*

1. Proszę wpisać Imię i nazwisko dziecka, [↑](#footnote-ref-2)
2. Proszę skreślić w przypadku korzystania w innej placówce oraz wypełnić pkt 2 [↑](#footnote-ref-3)
3. Proszę skreślić w przypadku nie korzystania z zajęć w innej placówce, [↑](#footnote-ref-4)
4. Proszę wpisać nazwę placówki, [↑](#footnote-ref-5)
5. Proszę wpisać ilość godzin oraz skreślić niewłaściwy okres, [↑](#footnote-ref-6)
6. Wyłącznie w przypadku wydania jej przez inną Poradnię [↑](#footnote-ref-7)