

.....  
Nazwisko i imię (rodziców)

.....  
data

.....

.....  
adres zamieszkania

Nr. telefonu.....

Do Oświaty Powiatowej  
w O t w o c k u  
ul. Poniatowskiego 10

Zwracam się z prośbą o skierowanie mojego syna/córki .....  
..... urodzonego/ej dnia ..... w .....

**Numer PSL dziecka .....**

na **terapię wczesnego wspomagania rozwoju** , zajęcia będą odbywały się  
w Specjalnym Ośrodku Szkolno- Wychowawczym Nr 2 w Otwocku  
ul. Literacka 8.

.....  
podpis

W załączeniu :

- 1.
- 2.
- 3.