...................................... ................................

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.