

.....
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

Kalisz, dnia r.

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego Nr 2
im. plutonu Głuchoniemych AK
ul. Augustyna Kordeckiego 19
62-800 Kalisz**

PODANIE
o przyjęcie na zajęcia z wczesnego wspomaganie
rozwoju małego dziecka

Proszę o przyjęcie mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

ur. r. w na zajęcia z wczesnego
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)
wspomaganie rozwoju małego dziecka w Specjalnym Ośrodku Szkolno-
Wychowawczym Nr 2 im. plutonu Głuchoniemych AK w Kaliszu.

.....
(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Załączniki:

- 1) Kserokopia skierowania z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej na wczesne wspomaganie rozwoju małego dziecka.
- 2)
- 3)
- 4)