....................................... .................... ................................................
imię i nazwisko rodzica Miejscowość i data

.............................................................
 adres zamieszkania

.............................................................
 nr telefonu

**WNIOSEK**

**O objęcie zajęciami wczesnego wspomagania rozwoju w SOSW dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych im. Prof. Zofii Sękowskiej w Lublinie, ul. Hirszfelda 6**

**Imię i nazwisko dziecka .............................................................................................................**

**Data i miejsce urodzenia ............................................................................................................**

**PESEL: …………………………………………………………………………………………**

**Adres zamieszkania ....................................................................................................................**

**Imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych ...............................................................**

**.......................................................................................................................................................**

**Uzasadnienie wniosku ................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................**

**Załączam: .......................................................................................................................................................**

(opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, dokumentacja medyczna, orzeczenie o niepełnosprawności)

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

podpis wnioskodawcy
 (rodzica, opiekuna prawnego)