

Warszawa, dnia.....

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
adres

.....
telefon kontaktowy

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
Towarzystwa Przyjaciół Dzieci
ul. Hafciarska 80/86, 04-725 Warszawa**

Wniosek o realizację wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

Proszę o objęcie mojego dziecka urodzonego dnia w, zajęciami z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju w
tutejszej Poradni.

Czy dziecko uczęszczało/uczęszcza na terapię? NIE / TAK – jaką, wymiar godz./tyg.

.....

Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza specjalisty? NIE / TAK – jakiego?

.....

Czy u dziecka stwierdzono alergię lub jest przewlekle chore? NIE / TAK – jaki rodzaj?

Preferowane formy terapii w ramach wczesnego wspomaganie:

.....

Preferowane terminy (dni w tygodniu i godziny)

.....

.....

(czytelny podpis wnioskującego)