……………………………………………..… Kościan, dnia …………..…………………………….

(imię i nazwisko rodzica)

……………………………………..…………

(adres)

………………………………………..………

Zespół

Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka

przy Zespole Szkół Specjalnych im. Marii Konopnickiej

w Kościanie

**WNIOSEK**

Proszę o wydanie opiniidla mojego dziecka ………………………………………….……….., ur. ……….…...........,

 (imię i nazwisko)

dotyczącej jego funkcjonowania na następujących zajęciach:

1. …………………………………………………………………..,
2. …………………………………………………………………..,
3. …………………………………………………………..………,
4. …………………………………………………………..…….. .

w celu ………………………………………………………………………………………….....………........................................

 …………………………

 podpis