………………………………….…..……… 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 zaświadczeniadla mojego dziecka …………………..………………….., ur……….….............,

 (imię i nazwisko)

dotyczącego……………………………………………............................................................................................

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

 …………………………..…

 podpis