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

(imię i nazwisko rodzica)

……………………………………..…………

(adres)

………………………………..………………

Dyrektor

Zespołu Szkół Specjalnych

im. Marii Konopnickiej

w Kościanie

**WNIOSEK**

Proszę o zmianę przydziału zajęć wczesnego wspomagania dla mojego dziecka:

…………………………….…………………………………………………….……, ur. ……………………………..…………………….,

 (imię i nazwisko)

organizowanych w ramach Zespołu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka przy Zespole Szkół

Specjalnych im. Marii Konopnickiej w Kościanie, na następujący: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………..

Uzasadnienie prośby: ………………………………………………………………………………….………………….

………………………………………………………………………………………………………………………..…………

………………………………………………………………………………………………………………………..…………

………………………………………….

/podpis /