Radom, dn. ……………………………….

…………………………………………………..

 Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 Adres zamieszkania

…………………………………………………..

 Telefon kontaktowy

……………………………………………………………………

adres e-mail

**Do Dyrektora**

**Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego**

**dla Dzieci Niesłyszących**

**w Radomiu**

**ul. Wernera 6**

**WNIOSEK**

Proszę o przyjęcie mojego syna/mojej córki:

…………………………………………………………………………

 imię i nazwisko PESEL

ur. …………………………………………………… w …………………………………………………………………….

zam. ……………………………………………………………………………………………………………………………

na zajęcia w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka przy Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym dla Dzieci Niesłyszących w Radomiu w roku szkolnym 2024/2025.

Do podania załączam opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka wydaną przez poradnię psychologiczno – pedagogiczną.

 …………………………………………………..

 Podpis rodzica/opiekuna prawnego