…… Oława, dnia……..

……
(imiona i nazwiska rodziców)

……

……
(adres zamieszkania)

……
(nr telefonu)

Do Dyrektora

Powiatowego Ośrodka Pomocy

Psychologiczno – Pedagogicznej

i Doradztwa Metodycznego w Oławie

Proszę o zakwalifikowanie mojego dziecka

……...
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

od …… …… 2020 r. do 31 lipca 2021 r.
(dzień) (miesiąc)

na zajęcia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, w załączeniu opinia o potrzebie wczesnego wspomagania z dnia …….. nr ……. ….…….…… wydana przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w ……

……..……
(podpis rodzica)