
nazwisko i imię rodzica/opiekuna

adres zamieszkania

telefon rodzica/opiekuna

DYREKTOR
SPECJALNEGO OŚRODKA
SZKOLNO-WYCHOWAWCZEGO
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
NIEPEŁNOSPRAWNEJ
W SŁAWNIE

Proszę o przyjęcie córki / syna*
.....w roku szkolnym
na zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju w SOSW dla DMN w Sławnie.

data -----

(podpis rodzica/opiekuna)

Załączniki:

- opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka wydana przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
- skrócony odpis aktu urodzenia wraz z numerem PESEL
- karty informacyjne badań lekarskich i/lub opinie lekarzy specjalistów

*niepotrzebne skreślić