

Starogard Gd., dnia .....

.....  
*imię i nazwisko rodzica lub opiekuna*

.....

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*telefon kontaktowy*

*Sz. P. Maria Kłós  
Dyrektor  
Specjalnego Ośrodka  
Szkolno Wychowawczego  
w Starogardzie Gd.*

## **Wniosek**

W związku z faktem, otrzymania od Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju mojego dziecka

.....  
*imię i nazwisko dziecka*

wniosuję o przyjęcie go do SOSW na zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju.

.....  
*czytelny podpis rodzica lub opiekuna*