

Aleksandrów Kujawski, dnia.....

.....  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....  
adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego

.....  
numer telefonu

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna  
w Aleksandrowie Kujawskim**

**WNIOSEK O WŁĄCZENIE DZIECKA DO UDZIAŁU W TERAPII**

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia:.....

Miejsce urodzenia:.....

Numer PESEL:.....

Szkoła oraz klasa:.....

Proszę o włączenie mojego dziecka do udziału w zajęciach.....

.....  
Prowadzonych przez .....

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego