Radom, dn.

*imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

*adres zamieszkania*

*nr telefonu*

**KIEROWNIK
PRACOWNI WCZESNEGO
WSPOMAGANIA ROZWOJU**

 **WNIOSEK O SKREŚLENIE Z TERAPII W PWWR**

**Zwracam się z prośbą o skreślenie mojego dziecka z listy podopiecznych**

**PWWR**

 *imię i nazwisko dziecka, data urodzenia*

**z dniem**

*data\**

**\*Jednocześnie jestem świadomy, że zgodnie z regulaminem PWWR dziecko może zostać skreślone z listy z pierwszym dniem każdego miesiąca.**

*czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego*