Radom, dn.

*imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

*adres zamieszkania*

*nr telefonu*

**KIEROWNIK  
PRACOWNI WCZESNEGO  
WSPOMAGANIA ROZWOJU**

**WNIOSEK O WZNOWIENIE TERAPII**

**Zwracam się z prośbą o wznowienie terapii mojego dziecka**

*imię i nazwisko dziecka, data urodzenia*

**zawieszonej w okresie**

**Jednocześnie jestem świadomy, że zgodnie z regulaminem PWWR :**

1. **terapia może zostać wznowiona w przypadku posiadania przez Pracownię wolnych miejsc.**
2. **jeśli przerwa w terapii będzie trwała dłużej niż 5 miesięcy, dziecko będzie musiało ponownie uczestniczyć w sesji diagnostycznej.**

*czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego*