Radom, dn.

*imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

*adres zamieszkania*

*nr telefonu*

**KIEROWNIK
PRACOWNI WCZESNEGO
WSPOMAGANIA ROZWOJU**

**WNIOSEK O ZAWIESZENIE TERAPII**

**Zwracam się z prośbą o czasowe zawieszenie terapii mojego dziecka**

 *imię i nazwisko dziecka, data urodzenia*

**na okres**

**z powodu**

**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.**
3. **w przypadku całkowitej rezygnacji z zajęć w PWWR zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Kierownika Pracowni.**

*czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego*