



....., dnia.....r.

.....

(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów dziecka)

.....

(adres rodziców/prawnych opiekunów dziecka)

.....

(telefony kontaktowe)

**Zespół Szkolno-Przedszkolny „Czyż”  
ul. Rzepakowa 18  
42-280 Częstochowa**

**WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA TERAPIĄ W RAMACH WCZESNEGO  
WSPOMAGANIA ROZWOJU (WWR)**

Proszę o objęcie .. .....  
(imię i nazwisko dziecka)

syna/córki\* .....  
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

urodzonego/urodzonej\* ..... W .....  
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

terapią w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju (WWR) na okres  
od .....do ..... zgodnie z opinią o potrzebie wczesnego  
wspomagania rozwoju nr ..... wydaną w dniu ..... przez Poradnię  
Psychologiczno-Pedagogiczną w .....

(miejscowość)

.....

(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów dziecka)

\* niepotrzebne skreślić