

Sochaczew, dn.

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania c.d.)

.....
(telefon kontaktowy)

**Dyrektor
Miejskiego Przedszkola Nr 4
z Oddziałami Integracyjnymi
w Sochaczewie**

Zwracam się z prośbą o kontynuację zajęć w ramach Wczesnego Wspomagania
Rozwoju dla mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

w roku szkolnym/.....

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

Do wiadomości:
wyznaczony zespół realizujący WWR