

Imię i nazwisko:

Szczecin, dnia _____

Adres zamieszkania:

Telefon:

Do Dyrekcji:
Specjalnego Dziennego Ośrodka
Terapeutyczno-Edukacyjnego
Dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem
71-601 Szczecin, Ul. Montwiłła 2

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mojego dziecka:

NR PESEL:

na zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju od dnia:

OŚWIADCZENIE rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że moje dziecko od dnia będzie korzystać z zajęć w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju wyłącznie w Krajowym Towarzystwie Autyzmu Oddział w Szczecinie i nie będzie korzystać ww. wsparcia w innej placówce. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Podpis rodzica:

*w załączeniu: