



ul. Sobieskiego 84 , 42-217 Częstochowa , tel. 533-354-330 , www.fundacja-algiz.pl

Częstochowa, ...

Wniosek o zmianę zajęć w ramach wczesnego wspomagania rozwoju

Zwracam się z prośbą o dokonanie zmiany:

Imię, nazwisko dziecka.....

Pesel

Wnioskodawca : rodzic/ opiekun prawny/terapeuta *

(*podkreśl właściwe)

Proszę o zmianę:

1. Rodzaju zajęć
2. Specjalisty prowadzącego zajęcia
3. inne.....

(*podkreśl właściwe)

Uzasadnienie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis wnioskodawcy:



ul. Sobieskiego 84 , 42-217 Częstochowa , tel. 533-354-330 , www.fundacja-algiz.pl

.....

Decyzja Dyrektora Placówki

- A) Wniosek przyjęty
- B) Wniosek odrzucony

*niepotrzebne skreślić

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data i podpis Dyrektora

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Niepubliczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną Centrum Terapii Dzieci i Wspomagania Rozwoju. Udostępnione dane osobowe można wykorzystać wyłącznie zgodnie z przeznaczeniem, dla którego zostały podane.