

Gdańsk, dnia ..... r.

.....  
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

Dyrektor Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
Instytutu Wspomagania Rozwoju Dziecka w Gdańsku

## PODANIE

### o przyjęcie na zajęcia Wczesnego Wspomagania Rozwoju

Proszę o przyjęcie mojego dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka)

ur. .... r. w .....  
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

na zajęcia Wczesnego Wspomagania Rozwoju, które realizowane będą w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Instytutu Wspomagania Rozwoju Dziecka w Gdańsku.

.....  
(podpis rodziców/prawnych opiekunów)