



WSCEiT

Wielkopolskie Samorządowe Centrum
Edukacji i Terapii w Starej Łubiance

.....
miejsowość, data

**WNIOSEK RODZICA/OPIEKUNA NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ/TERAPII, W CELU OCENY
PRAWIDŁOWOŚĆ ROZWOJU DZIECKA ORAZ SPORZĄDZENIA PISEMNEJ OPINII**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego małoletniego:

PESEL przedstawiciela ustawowego:.....

Numer telefonu przedstawiciela ustawowego:

Dokładny adres przedstawiciela ustawowego:

.....

Imię i nazwisko małoletniego

PESEL małoletniego:

Dokładny adres zamieszkania małoletniego:

.....

* Opinię odbiorę osobiście w siedzibie Instytutu.

* Wyrażam zgodę na przesłanie opinii na adres email:

Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, iż małoletni wskazany we wniosku jest * / nie jest * objęty pieczęcią zastępczą.

W przypadku, gdy dziecko jest objęte pieczęcią zastępczą, do wniosku dołączam dokument poświadczający.

*** niepotrzebne skreślić**

Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego: