

## W n i o s k o d a w c a

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

.....  
miejscowość, data

.....  
miejsce zamieszkania

.....  
nr telefonu

**Do**

**Zespołu Opiniującego o potrzebie  
Wczesnego Wspomagania Rozwoju  
Dziecka.**

**O zakwalifikowanie dziecka na zajęcia  
wczesnego wspomagania rozwoju  
w Powiatowej Poradni  
Psychologiczno - Pedagogicznej  
w S t o k u L a c k i m**

## W N I O S E K

o zakwalifikowanie dziecka do udziału w zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka na podstawie art.127 ust. 19 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe (DZ.U. z 2017r. poz. 59 i 949) i na podstawie MEN z dnia 24 sierpnia 2017r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z dnia 30 sierpnia 2017r. poz. 1635)

Po zapoznaniu się z dokumentacją

.....  
imię i nazwisko dziecka

.....  
data i miejsce urodzenia oraz miejsce zamieszkania

.....  
podpis wnioskodawcy

kwalifikuje/nie kwalifikuje ..... na zajęcia z  
/imię i nazwisko dziecka/

wczesnego wspomagania rozwoju dziecka na terenie poradni.

**Uzasadnienie komisji kwalifikacyjnej**

.....  
.....  
podpisy członków komisji