

Rybnik, dnia

.....
*Imię i nazwisko rodzica /
opiekuna prawnego*

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

**Poradnia Psychologiczno-
Pedagogiczna w Rybniku
44-200 Rybnik
ul. Kościuszki 55**

Zawieszenie

Zgłaszam zawieszenie z zajęć *Wczesnego Wspomagania Rozwoju / programu
„Za Życiem” mojego dziecka:

..... na okres
Imię i nazwisko dziecka

Zawieszenie uzasadniam:

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

.....
*czytelny podpis rodzica/opiekuna
prawnego*

**niepotrzebne skreślić*