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

*Miejscowość i data*

*......................................................................*

*Imię i nazwisko kandydata na uczestnika*

*......................................................................*

*Data urodzenia*

*......................................................................*

*......................................................................*

*Adres zamieszkania*

*…..................................................................*

*Telefon*

***Kierownik***

***Warsztatu Terapii Zajęciowej***

***Stowarzyszenia Przyjaciół i Osób***

***Niepełnosprawnych „Pomóżmy Im”***

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na możliwość korzystania z zajęć terapeutycznych w Warsztacie Terapii Zajęciowej Stowarzyszenia Przyjaciół i Osób Niepełnosprawnych „Pomóżmy Im”.

Informacje uzupełniające:

1. Data ważności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności: *.............................................*.
2. Wskazania dotyczące uczestnictwa w terapii zajęciowej *(pkt. 4 orzeczenia o stopniu niepełnosprawności):* tak / nie ٭

*....................................................................................*

czytelny podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego

٭zaznaczyć właściwe