

.....
(pieczęć placówki)

REKOMENDACJA

Imię i nazwisko dziecka.....

data urodzenia i miejsce urodzenia dziecka :.....PESEL.....

DANE PLACÓWKI REALIZUJĄCEJ WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU

.....
(nazwa i adres placówki)

Dziecko objęte jest terapią w ramach WWR - podać formy terapii

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

W związku z potrzebami rozwojowymi dziecka wskazane jest dodatkowe wsparcie terapeutyczne z zakresu (podać formy terapii):

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

.....
miejscowość i data

.....
podpis dyrektora placówki

