Załącznik nr 1

………………………………. Kobylnica, dn. ………………….

Imię i nazwisko rodzica

………………………………..

adres

………………………………..

telefon

 **Pani**

 **Ewa Solnikowska**

 **Dyrektor**

 **Szkoły Podstawowej**

 **w Kobylnicy**

**Wniosek o zakwalifikowanie na terapię integracji sensorycznej**

Zwracam się z prośbą o objęcie mojego dziecka ……………………………………… ucznia klasy ……………… terapią integracji sensorycznej na podstawie opinii/diagnozy numer ……………………….. z dnia ……………. wydanej przez …………………………………... Dokument potwierdzający potrzebę terapii został dostarczony do sekretariatu szkoły. Jestem świadomy/świadoma, że moje dziecko może zostać wpisane na listę rezerwową i będzie oczekiwać na rozpoczęcie terapii.

………………………………………..

 czytelny podpis