

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....  
Adres zamieszkania  
.....

Starostwo Powiatowe  
w Wąbrzeźnie

ul. Wolności 44  
87 – 200 Wąbrzeźno

Zwracam się z uprzejmą prośbą o objęcie w ramach programu „Za Życiem”  
kompleksowym wsparciem i skierowanie mojego dziecka .....  
.....urodzonego dnia.....w.....  
PESEL.....zamieszkałego.....  
.....  
do ośrodka koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczego przy Specjalnym  
Ośrodku Szkolno – Wychowawczym w Dębowej Łące 40, Dębowa Łąka 87-207,  
od dnia.....r.

.....  
Podpis rodzica / opiekuna