Zgłoszenie
Zgłaszam chęć uczestnictwa dziecka w zajęciach socjoterapeutycznych

organizowanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Trzebnicy

Imię i nazwisko ...........................................................................
PESEL .......................................................................................
Adres .......................................................................................
Szkoła .......................................................................................

Dane opiekunów/rodziców

Imię i nazwisko ..............................................................................
Adres …..................................................................................
Telefon .....................................................................................

Uzasadnienie

……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………

Data.............................. ..............................
/podpis wnioskodawcy/