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/