

Świnoujście

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Nr telefonu)

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób
z Niepełnosprawnością Intelektualną
Koło w Świnoujściu
Warsztat Terapii Zajęciowej
ul. Basztowa 11
72-600 Świnoujście

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO WTZ

Proszę o przyjęcie mnie/córki/syna: ur. dn.....

do Warsztatu Terapii Zajęciowej w Świnoujściu.

Do wniosku dołączam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, ze wskazaniem do uczestnictwa w Warsztacie Terapii Zajęciowej.

.....
(Data i podpis)