.....

(pieczątka placówki)

REKOMENDACJA

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Data i miejsce urodzenia dziecka:

.....

PESEL: .....

Dane placówki realizującej wczesne wspomaganie rozwoju:

.....

.....

(nazwa i adres placówki)

Dziecko objęte jest terapią w ramach WWR - podać formy terapii:

.....

.....

.....

.....

W związku z potrzebami rozwojowymi dziecka wskazane jest dodatkowe wsparcie terapeutyczne z zakresu (podać formy terapii):

.....

.....

.....

.....

....

miejscowość i data podpis dyrektora placówki