

Imię i nazwisko

Wałbrzych dnia.....

.....  
Adres zamieszkania

.....

**DYREKTOR  
POWIATOWEJ PORADNI PSYCHOLOGICZNO  
PEDAGOGICZNEJ  
W WALIMIU**

Oświadczam, że rezygnuję z zajęć w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w Powiatowej Poradni Psychologiczno Pedagogicznej dla mojego dziecka .....

ur.....

zam.....

z dniem.....

.....  
Podpis  
(rodzica/ opiekuna prawnego)