

Warszawa, dnia

.....

Imię i nazwisko rodzica

.....

adres zamieszkania

.....

telefon kontaktowy

**Niepubliczna Poradnia
Psychologiczno-Pedagogiczna
„Percepcja”
ul. Patriotów 179,
04-881 Warszawa**

Rezygnacja z zajęć WWRD

Ja niżej podpisana/ny legitymująca/cy się dowodem osobistym (seria i numer), informuję, że rezygnuję z zajęć Wczesnego Wspomagania Rozwoju mojego dziecka

PESEL..... w Poradni Percepcja.

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna