

Wrocław, dn. ....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nr telefonu

Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy  
Dzieciom i Młodzieży z MPDz „OSTOJA”  
Warsztat Terapii Zajęciowej  
ul. Litomska 10  
53-641 Wrocław

## WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO WTZ

Proszę o przyjęcie córki/syna.....

....., do WTZ przy Litomskiej 10.

Data urodzenia

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

.....  
Data i podpis