

.....
Imię i nazwisko

Wrocław, dn.

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr. telefonu

Stowarzyszenie „OSTOJA” na Rzecz Osób
z Niepełnosprawnościami
Warsztat Terapii Zajęciowej
Ul. Litomska 10
53-641 Wrocław

WNIOSEK O PRZYJĘCIA DO WTZ

Proszę o przyjęcie córki/ syna

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

Data urodzenia

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

.....
Data i podpis