

Białystok, dn.....

.....
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Rezygnacja z zajęć w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju

Informuję, iż z dniem..... rezygnuję z terapii mojego dziecka
.....w Państwa placówce.

.....
(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)