

.....  
(pieczętka placówki)

**REKOMENDACJA**

Imię i nazwisko dziecka.....

data urodzenia i miejsce urodzenia dziecka :.....PESEL.....

DANE PLACÓWKI REALIZUJĄCEJ WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU

.....  
(nazwa i adres placówki)

Dziecko objęte jest terapią w ramach WWR - podać formy terapii

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

W związku z potrzebami rozwojowymi dziecka wskazane jest dodatkowe wsparcie terapeutyczne z zakresu (podać formy terapii):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis dyrektora placówki

