Stoczek Łukowski, data …………….

……………………………………………….

 Imię i Nazwisko Uczestnika

……………………………………………….

……………………………………………….

 Adres

……………………………………………….

 Powiat

……………………………………………….

Kod, stopień niepełnosprawności/ data ważności orzeczenia

……………………………………………….

 Telefon

**Sz. P**

**Kierownik**

**Warsztatu Terapii Zajęciowej**

**W Stoczku Łukowskim**

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie do Warsztatu Terapii Zajęciowej.

…………………………………………………

Czytelny podpis uczestnika lub opiekuna prawnego