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