

Białogard, .....

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

.....  
adres zamieszkania

.....  
nr telefonu

Poradnia  
Psychologiczno-Pedagogiczna  
w Białogardzie  
ul. Dworcowa 2  
78-200 Białogardzie

## W N I O S E K

Zwracam się z wnioskiem o zakwalifikowanie w roku 20.... mojego/mojej  
syna/córki/podopiecznego\* .....

*(imię i nazwisko dziecka)*

do programu rządowego *Za życiem*, w ramach którego w Poradni Psychologiczno-  
Pedagogicznej w Białogardzie wyznaczonej w Powiecie Białogardzkim do pełnienia roli  
wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego będzie udzielona  
specjalistyczna pomoc mojemu dziecku i naszej rodzinie.

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

\* niepotrzebne skreślić