**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)





*Załącznik nr 2 do Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia*

…………………………… Rzeszów, dnia ….…………………

(pieczęć w Rzeszowie )

**Zakończenie realizacji zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”**

Proszę o zakończenie realizacji zajęć specjalistycznych wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

………………………………...………..

*/imię i nazwisko dziecka/*

………………………………………….

*/imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów/*

w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”od dnia ………..…………….. .

Zajęcia prowadzone były przez specjalistów:

1. ………………………………...……….. ………………………………...………..

*/imię i nazwisko specjalisty/ /nazwa zajęć specjalistycznych/*

1. ………………………………...……….. ………………………………...………..

*/imię i nazwisko specjalisty/ /nazwa zajęć specjalistycznych/*

1. ………………………………...……….. ………………………………...………..

*/imię i nazwisko specjalisty/ /nazwa zajęć specjalistycznych/*

uzasadnienie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

……………………………..……………………

*data i podpis Koordynatora Projektu*