**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 6 do Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia*

……………………………… Rzeszów, dnia ….…………………

*pieczęć Zamawiającego*

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

Proszę o podjęcie realizacji zajęć specjalistycznych wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”od dnia ………..…………….. do dnia ………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko dziecka | Imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów | Telefon kontaktowy do rodziców/ prawnych opiekunów | Nazwa zajęć specjalistycznych | Ilość godzin zajęć w tygodniu | Imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia  (z załącznika nr 2 do umowy) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

……………………………..……………………

*data i podpis Koordynatora Projektu*