Załącznik nr 1

**WZÓR ZAŚWIADCZENIA DLA JEDNEGO Z RODZICÓW LUB OPIEKUNA DZIECI I MŁODZIEŻY DOTKNIĘTYCH INWALIDZTWEM LUB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

*strona 1*

**ZAŚWIADCZENIE**

**Nr ... .....**

**Okaziciel niniejszego zaświadczenia jest opi kunem dziecka, ucznia, studenta niepełnos r wneg**

.....

(imię i nazwisko dziecka, ucznia, studenta)

**uczęszczającег do** ... .. . ... .. .. .. .. ..... ..... .....

..... .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. . . . . .. .. .....

(nazwa przedszkola, szkoły, szkoły wyż zej, placówki oświatowo wychowawczej, opiekuńcz wychowawczej)

**w** ..... .. . . . . .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. ..... .. .. . . .. .. .. .. .. .. .. .

..... .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. . . . . .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. ..