

.....  
**(imię i nazwisko uczestnika)**

....., dn. ....  
**(miejscowość)**

.....  
.....

***Kierownik  
Warsztatu Terapii Zajęciowej  
w Polkowicach***

**WNIOSEK**

Zgodnie z Regulaminem Warsztatu Terapii Zajęciowej w Polkowicach § 12 proszę o zwolnienie mojej córki/syna/podopiecznego ..... **(imię i nazwisko)**  
w dniach od ..... do ..... **(data nieobecności)** .....  
**(ilość dni wolnych)** w związku z .....  
.....  
..... **(przyczyna nieobecności).**

.....  
**Podpis rodzica/opiekuna**