……………………………………………..

 Miejscowość, data

………………………………………………….

 Imię i nazwisko

………………………………………………….

 Adres

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że korzystam/ nie korzystam z usług specjalistycznych z innych systemów wsparcia (tj. szkoła, przedszkole, przychodnia specjalistyczna).

* Szkoła – specjaliści …………………………………………………………….……ilość godzin w tygodniu………
* Przedszkole - specjaliści …………………………………………………………ilość godzin w tygodniu ………
* Przychodnie specjalistyczne- specjaliści ………………..……………………………………………….…… ilość godzin w tygodniu ……… .

…………………………………………..

 podpis