

.....  
imię i nazwisko kandydata

.....  
(miejscowość, data)

.....  
adres zamieszkania

.....

.....  
telefon kontaktowy

## WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o przyjęcie na listę uczestników Warsztatu Terapii  
Zajęciowej w Wojsławicach .....

(imię i nazwisko kandydata)

Do wniosku dołączam kserokopię aktualnego Orzeczenia o Stopniu  
Niepełnosprawności ze wskazaniem do terapii.

.....  
podpis kandydata lub prawnego opiekuna

Wypełnia Warsztat Terapii Zajęciowej:

Data przyjęcia do WTZ .....