

ZAŚWIADCZENIE

**Okaziciel niniejszego zaświadczenia
jest opiekunem dziecka, ucznia, studenta
niepełnosprawnego**

.....
imię i nazwisko dziecka, ucznia, studenta

zamieszkałego w

.....
adres zamieszkania dziecka, ucznia, studenta

uczęszczającego do

.....
nazwa placówki rehabilitacyjnej

w

.....
adres placówki rehabilitacyjnej

w dniach
rodzaj dnia pracy placówki rehabilitacyjnej (powszedni, sobota, niedziela)

w godz.
godziny pracy placówki rehabilitacyjnej

Zaświadczenie ważne do dnia 20... r.

.....
pieczęć placówki rehabilitacyjnej

.....
data i podpis wystawcy