……

……

……
(dane osobowe rodziny zastępczej zawodowej lub prowadzących rodzinny dom dziecka wraz z adresem, nr PESEL i nr telefonu)

Centrum Usług Społecznych w Koszalinie
Al. Monte Cassino 2, 75-412 Koszalin

Załącznik do wniosku z dnia …….
o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów innych zdarzeń określonych w § 3 ust. 6 lit. c) zarządzenia dotyczących dzieci umieszczonych w zawodowej rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka za okres ……..

9. …… | | | | | | | | | | |
(imię i nazwisko dziecka) (PESEL)

do poradni lekarskiej / specjalistycznej / szpitala / kliniki / placówki rehabilitacyjnej / gabinetu terapeutycznego / żłobka/ przedszkola / szkoły* / inne ……

10. …… | | | | | | | | | | |
(imię i nazwisko dziecka) (PESEL)

do poradni lekarskiej / specjalistycznej / szpitala / kliniki / placówki rehabilitacyjnej / gabinetu terapeutycznego / żłobka/ przedszkola / szkoły* / inne ……

11. …… | | | | | | | | | | |
(imię i nazwisko dziecka) (PESEL)

do poradni lekarskiej / specjalistycznej / szpitala / kliniki / placówki rehabilitacyjnej / gabinetu terapeutycznego / żłobka/ przedszkola / szkoły* / inne ……

12. …… | | | | | | | | | | |
(imię i nazwisko dziecka) (PESEL)

do poradni lekarskiej / specjalistycznej / szpitala / kliniki / placówki rehabilitacyjnej / gabinetu terapeutycznego / żłobka/ przedszkola / szkoły* / inne ……

13. …… | | | | | | | | | | |
(imię i nazwisko dziecka) (PESEL)

do poradni lekarskiej / specjalistycznej / szpitala / kliniki / placówki rehabilitacyjnej / gabinetu terapeutycznego / żłobka/ przedszkola / szkoły* / inne ……

……
(data i podpis opiekuna/ów zastępczego/ych)