

Tomaszów Maz.,

.....

(Imię i Nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(Tel. kontaktowy opiekuna)

Do Kierownika

Warsztatu Terapii Zajęciowej przy

Fundacji Społecznej „ RAZEM ”

ul. Polna56a

97- 200 Tomaszów Maz.

PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do Warsztatu Terapii Zajęciowej przy Fundacji Społecznej „ RAZEM” ul. Polna 56a w Tomaszowie Maz.

.....

(Imię i Nazwisko)

.....

(Data i podpis)