7. melléklet

IGAZOLÁS

a gyermek fejlesztésének, terápiájának támogatásához

A fejlesztést/terápiát igénybe vevő gyermek adatai:

- Gyermek neve: ..... …
- Születési ideje: .....
- Lakóhelye: .....

A fejlesztést/terápiát biztosító szakember és/vagy intézmény adatai:

- Név: ……
- Cím: ……
- telefonszám: ……
- e-mail cím: ……..
- weboldal: ……

A fejlesztés/terápia időtartama:

…….(év)……(hó)……..(nap)-tól - …….(év)……(hó)……..(nap)-ig

A fejlesztés/terápia rendszeressége: ……

A fejlesztés/terápia időtartama/alkalom: ……

A fejlesztés/terápia költsége: …….. Ft/hó

Kelt: .....

P.H.

…….

aláírás