

dnia

.....
imię i nazwisko wychowanka(i)

.....
adres

.....
tel.

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE
Sekcja Wsparcia Rodziny i Rodzinnej Pieczy Zastępczej
Ul. Ogniowa 8/10 Włocławek

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki po opuszczeniu placówki/ rodziny zastępczej:

.....
Informuję, że naukę podjąłem/ podjęłam i kontynuuję w:

.....
Podpis

Opinia opiekuna usamodzielnienia dot. przyznania pomocy:

.....
(podpis opiekuna usamodzielnienia)