

Przemyśl, dnia .....

.....  
/Imię i nazwisko/

.....  
/adres zamieszkania/

.....  
/ telefon/

**POLSKIE TOWARZYSTWO  
WALKI Z KALECTWEM  
Oddział w Przemyślu**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ w Przemyślu, ul. Sobótki 23 prowadzonego przez Wasze stowarzyszenie.

Prośbę swą motywuję tym, że ze względu na schorzenie .....  
posiadam Orzeczenie o .....Stopniu Niepełnosprawności  
ze wskazaniem do rehabilitacji w formie terapii zajęciowej.  
(W/w orzeczenie w załączeniu).

.....

Moje dane osobowe:

- nazwisko i imię .....

- data urodzenia ..... miejsce .....

- imiona rodziców .....

- adres zamieszkania .....

- PESEL .....

