



.....  
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(adres zamieszkania)

MISIOLAND  
Ul. 3 Maja 100  
43-450 Ustroń

**PROŚBA**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mojego dziecka .....  
na bezpłatną- 3 dniową - adaptację w Punkcie Opieki Diennej , którą planuję wykorzystać  
w następującym terminie:

<b>Dzień tygodnia</b>	<b>Data</b>	<b>Godziny pobytu dziecka (od - do)</b>
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)