Warszawa, ………………………………..

**WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE DIAGNOZY PROCESÓW INTEGRACJI SENSORYCZNEJ**

Proszę o przeprowadzenie oceny procesów integracji sensorycznej ………………………………………….

 */imię i nazwisko dziecka/*

Dziecko uczęszcza do Przedszkola/szkoły Podstawowej nr ……………………………, gr./kl. …………….

Powód skierowania: ..……………………….…………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………….

 */podpis psychologa/*