**.................................................... ..................................................**

 nazwa jednostki (pieczęć) miejscowość, data

……………………………………………………

 Imię i nazwisko uczestnika szkolenia

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że w placówce znajduje się pod opieką przynajmniej jedno dziecko z wadą słuchu lub z zaburzeniami przetwarzania słuchowego.

 ........................................................

 kierownik jednostki



