

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres
.....

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Ostrowi Mazowieckiej
ul. Widnichowska 20
07-300 Ostrów Mazowiecka**

Wniosek

Zwracam/zwracamy* się z wnioskiem o objęcie opieką koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej, w związku z pełnieniem funkcji rodziny zastępczej dla :

.....
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)
.....
.....

.....
(Podpis rodziny zastępczej)

*niepotrzebne skreślić