



## OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI

Ja, niżej podpisana / -y .....  
/ imię i nazwisko /

będąca/-y rodzicem / opiekunem prawnym\* dziecka .....  
/ imię i nazwisko /

oświadczam, iż z dn. .... rezygnuję z usług następującej placówki Fundacji JiM:

*/właściwe prosimy zaznaczyć/*

- Niepublicznego Przedszkola Fundacji JiM
- Niepublicznej Szkoły Podstawowej JiM
- Niepublicznego Gimnazjum Fundacji JiM
- Niepublicznej Szkoły Przystosowanej do Pracy Fundacji JiM
- Zajęć Wczesnego Wspomagania Rozwoju (WWR)
- JiM Clinic Centrum Diagnostyki i Terapii Autyzmu
  - Poradni dla osób z autyzmem dziecięcym
  - Poradni Logopedycznej
  - Oddziału Dziennego Psychiatrycznego Rehabilitacyjnego

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy tego, że w placówkach edukacyjnych Fundacji JiM obowiązuje miesięczny okres wypowiedzenia.

.....  
data

.....  
czytelny podpis

\* niepotrzebne skreślić