………………………………………..

 (miejscowość i data)

(pieczątka instytucji)

**Z A Ś W I A D C Z E N I E**

**Zaświadczam, iż ……………..…………………………………………jest uczestnikiem**

(Imię i nazwisko uczestnika)

**…………………………………………………………………………………………..,**

 (Pełna nazwa Instytucji)

w którym korzysta / nie korzysta z zajęć rewalidacyjno- wychowawczych na terenie placówki.

W okresie od ………………. do …………………. w/w pozbawiony został uczestniczenia w zajęciach z powodu wprowadzenia stanu epidemiologicznego związanego z COVID 19.