

O

Słupsk, dnia.....

*Poradnia
Psychologiczno-Pedagogiczna
w Słupsku
ul. Narutowicza 9*

PESEL DZIECKA/UCZNIA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFON KONTAKTOWY DO WNIOSKODAWCY :

WNIOSEK

rodziców (opiekunów prawnych / pełnoletniego ucznia) o uzyskanie informacji o wynikach diagnozy przeprowadzonej w poradni.

.....ur. W

(imię i nazwisko dziecka)

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

zamieszkałemu.....
miejsce zamieszkania dziecka

uczniowi szkoły.....
nazwa i numer przedszkola/szkoły

gr./kl..... uzasadnienie.....

.....
podać przyczynę dla której wnioskuję pani / pan o uzyskanie informacji o wynikach diagnozy przeprowadzonej w poradni

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w uzgodnionym terminie bez wcześniejszego powiadomienia poradni (osobiście lub telefonicznie 0598456020) wniosek pozostanie nierozpatrzony.

W przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni wniosek podpisuje sam uczeń.....
(podpis ucznia)

Imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego).....podpis.....

Imię i nazwisko matki (opiekunki prawnej).....podpis.....