

Słupsk, dnia.....

Poradnia  
Psychologiczno-Pedagogiczna  
w Słupsku  
ul. Narutowicza 9

PESEL DZIECKA/UCZNIĄ

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

TELEFON KONTAKTOWY DO WNIOSKODAWCY : .....

**WNIOSEK**

rodziców (opiekunów prawnych / pełnoletniego ucznia) o **wydanie opinii** w sprawie.....  
po badaniu diagnostycznym

.....**ur**.....**W**.....  
imię i nazwisko dziecka/ucznia data urodzenia miejsce urodzenia

zamieszkałemu.....  
miejsce zamieszkania dziecka

dziecku/uczniowi szkoły.....**gr./kl**.....  
nazwa, adres i numer przedszkola/szkoły

**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.....