

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 placówkigr./kl.....

nazwa, adres i numer przedszkola/szkoły

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

PRZY ODBIORZE OPINII NALEŻY OKAZAĆ DOWÓD TOŻSAMOŚCI LUB PISMO UPOWAŻNIAJĄCE

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

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

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 placówkigr./kl.....

nazwa, adres i numer przedszkola/szkoły

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

PRZY ODBIORZE OPINII NALEŻY OKAZAĆ DOWÓD TOŻSAMOŚCI LUB PISMO UPOWAŻNIAJĄCE

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

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