



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
w Swarzędzu
Filia w.....

WNIOSEK rodzica /opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia*)
o wydanie opinii/informacji*)

1. Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia *)
2. Miejsce zamieszkania rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia *)
Nr tele-mail

DANE DZIECKA

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia :.....
3. PESEL dziecka :
4. Miejsce zamieszkania dziecka :.....
5. Nazwa i adres przedszkola/szkoły, klasa :.....

1. Uzasadnienie wniosku:

.....
.....
.....
.....

2. Wnioskuje / nie wnioskuje *) o przekazanie kopii opinii do przedszkola, szkoły, placówki, do której uczęszcza dziecko .
3. Opinię / informację wnioskodawca odbiera osobiście za potwierdzeniem odbioru.

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*) odpowiednie podkreślić