

.....
Zabrze, dn.....

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

**Do Dyrektora
Szkoły Podstawowej Nr 15
im. Ks. Jana Dzierżona
ul. Czołgistów 1
41-800 Zabrze**

Wniosek o wydanie opinii o uczniu

Dotyczy:

Imię i nazwisko dziecka:

Klasa:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

.....

Zwracam się z prośbą o wydanie opinii o moim dziecku do (właściwe zakreślić):

- Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Zabrze
- Sądu
- Innej instytucji (wpisać jakiej):

.....
Podpis rodzica/opiekuna