Sicienko………………………..

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

………………………………………………….
Adres zamieszkania

…………………………………………………..
Nr telefonu

Pani Justyna Nowakowska

Dyrektor Szkoły Podstawowej
im. Mikołaja Kopernika w Sicienku
ul. Bydgoska 8, 86-014 Sicienko

**WNIOSEK O WYDANIE OPINII O UCZNIU/DZIECKU**

Dotyczy:

Imię i nazwisko dziecka: …………………………………………….………………….………………..

Klasa/grupa: ……………imię i nazwisko wychowawcy:..……………………….…………….………..

Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………….………..

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………..

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

* Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej,
* Sądu,
* Innej instytucji (podać jakiej i w jakim celu)………………………………………...………….

………………………………………………………………………………………………...…

……………………………………………...
 podpis wnioskującego/rodzica/opiekuna