

Nowa Sól, dn.

.....
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....
(adres zamieszkania; miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer domu)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(telefon)

.....
(podaję/nie podaję e-mail - do kontaktów)

**Do Dyrektora
Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Nowej Soli**

WNIOSEK O WYDANIE OPINII

W SPRAWIE:

.....
Dane dotyczące dziecka/ pełnoletniego ucznia (należy wypełnić drukowanymi literami):

Nazwisko

Pierwsze imię: **Drugie imię:**

Data urodzenia: **Miejsce urodzenia:**

(dzień –miesiąc –rok)

PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(w przypadku braku numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania:.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

Pełna nazwa szkoły/przedszkola:.....

Adres szkoły/przedszkola:.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

Klasa/oznaczenie oddziału:

UZASADNIENIE:

.....
Oświadczam, iż jestem - właściwe zaznaczyć znakiem „X” w okienku*:

- rodzicem/rodzicami
- opiekunem prawnym,
- osobą pełnoletnią,
- inne.....(proszę wskazać).

.....
(data, podpis rodzica /prawnego opiekuna za wiedzą i zgodą drugiego rodzica/osoby pełnoletniej)

* Właściwe zaznaczyć znakiem „X”

** Złożone zgody obowiązują do odwołania. W celu ich odwołania należy złożyć pisemne oświadczenie woli.