Szczecin, dnia……………………………

…………………………………………………………

( nazwisko, imię składającego podanie )

………………………………………………………..

( adres)

………………………………………………………..

(telefon)

Sz. P.

Krzysztof Borys

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 39

ul. Kablowa 14

70-895 Szczecin

Wniosek o wydanie opinii o uczniu

**Dotyczy:**

Imię i nazwisko dziecka…………………………………………………………………………
klasa……………………………………………………………………………………………..
data i miejsce urodzena…………………………………………………………………………

Zwracam się z prośbą o wydanie opinii na temat funkcjonowania w szkole mojego dziecka na potrzeby (proszę właściwe podkreślić):

* Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej,
* Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności,
* Lekarza,
* Sądu,
* innej instytucji ( proszę podać jakiej) ……………………………………………………………

sporządzonej przez (proszę właściwe podkreślić):
 wychowawcę
 pedagoga
 psychologa
 logopedę
 nauczyciela przedmiotu………………………………………………..................................

 …………………………………………………………………
 /podpis wnioskodawcy/