Szczecin, ……………..................

………………………………………..

imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

……………………………………………………….

………………………………………………………...

adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego

………………………………………………………..

Numer telefonu

 **Dyrektor**

 Szkoły Podstawowej nr 59 im. Bolesława Krzywoustego ul. Dąbska 105

 70-789 Szczecin

**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:

Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej\*,

sądu\*,

innej instytucji ( proszę podać jakiej)\* …………………………………………………..

 ………………………………….

 podpis rodzica / prawnego opiekuna

\*niepotrzebne skreślić