

Rzeszów,

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

.....

.....
adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego

.....
Numer telefonu

Dyrektor
Zespołu Szkół
przy Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2
im. Św. Jadwigi Królowej
w Rzeszowie

Wniosek o wydanie opinii o uczniu

Dotyczy :

Imię i nazwisko dziecka

Klasa

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku w celu przedłożenia w (proszę właściwe zakreślić)

Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej,

.....

Adres poradni

sądzie,

innej instytucji (proszę podać jakiej)

.....
podpis rodzica / prawnego opiekuna