

Świecie,.....

Wniosek rodzica o konsultację specjalistyczną

Imiona i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzeniaPESEL.....

Klasa /wiek.....

Szkoła/przedszkole/ placówka

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

Adres zamieszkania

Telefon

Proszę o konsultację psychologiczną/pedagogiczną /logopedyczną¹ w związku z

Oświadczam, że z odbytej konsultacji nie wymagam wydania opinii w formie pisemnej

.....
(Data, podpis rodzica, prawnego opiekuna)

.....
(Data, podpis pełnoletniego ucznia)

1. właściwie podkreślić