…………………………………………….. …….............................................

(Miejscowość, data)

……………………………………………..

……………………………………………..

 Imię i nazwisko wnioskodawcy

 (rodzic/opiekun prawny)

 oraz adres zamieszkania

Dyrektor

Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Jaworowie

Jaworów 9a, 57-120 Wiązów

**WNIOSEK O WYDANIE OPINII O UCZNIU**

Dotyczy:

Imię i nazwisko ucznia ………….………………………………………………………………….…….….................

Data urodzenia …………………………..………. miejsce urodzenia ……………………...…….......................

Adres zamieszkania ………………………...…………………………………………………………………………….

Klasa …………………………………………………………..………………………………………………………………..

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

sporządzonej przez (proszę właściwe podkreślić):

* wychowawcę
* pedagoga
* psychologa
* logopedę
* nauczyciela przedmiotu………………………………………………………………..…………….............

 ……………………………………….

 (Podpis wnioskodawcy)