Kobylany, ……………..................

……………………………………

imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

……………………………………………………….

………………………………………………………..

adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego

…………………………………………………………..

Numer telefonu

 **Pani**

 **Agata Hrabia**

 **Dyrektor**

 Szkoły Podstawowej

 im. por. Piotra Olka ps.”Gołąb” w Kobylanach

 ul Jana Pawła II 61, Kobylany,

 32-082 Bolechowice

**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 ( proszę właściwe zakreślić) :

Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej,

sądu,

innej instytucji ( proszę podać jakiej) …………………………………………………..

 ………………………………….

 podpis rodzica / prawnego opiekuna