…….
Imię i nazwisko wnioskodawcy

…….

…….
Adres zamieszkania

Wadowice, ……

mgr Jacek Zarzycki
Dyrektor
Centrum Kształcenia Zawodowego
i Ustawicznego nr 2 w Wadowicach

WNIOSEK O WYDANIE OPINII O SPECYFICZNYCH TRUDNOŚCIACH W UCZENIU SIĘ DZIECKA

Zwracam się z prośbą o przebadanie mojego dziecka w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej ze względu na specyficzne trudności w nauce.

Imię i nazwisko ucznia: ……..……

PESEL: | | | | | | | | | | |

Data i miejsce urodzenia: ……..……..…….……..

Miejsce zamieszkania: ……..……..…….

……

Nazwa i adres szkoły: ……..……..……..…….

……..... Klasa: ……

Uzasadnienie wniosku:

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

.....
(podpis wnioskodawcy)