

Kalisz, .....

*Dane rodziców (prawnych opiekunów)*

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

Data wpływu wniosku
---------------------

**Dyrektor  
Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego nr 2  
im. plutonu Głuchoniemych AK w Kaliszu  
ul. Augustyna Kordeckiego 19**

## **WNIOSEK O WYDANIE OPINII**

- pedagogicznej** - wychowawcy klasy (we współpracy z pedagogiem i wychowawcą grupy wychowawczej)
- psychologiczna**
- logopedycznej**

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku .....

(imię i nazwisko dziecka)

w celu przedłożenia jej w \*\* .....

.....

.....  
czytelny podpis rodzica (prawnego opiekuna)

\* zaznaczyć właściwe

\*\* wpisać np. poradni psychologiczno-pedagogicznej.