

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

DZIECKA UCZESTNICZĄCEGO W ZAJĘCIACH W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU „ZA ŻYCIEM”

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku w celu
przedłożenia jej w *
(imię i nazwisko dziecka)

.....

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

* wpisać np. poradni psychologiczno-pedagogicznej