

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 WCZESNEGO WPOSMAGANIA ROZWOJU**

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku ..... w celu  
przedłożenia jej w \* .....  
.....  
.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....  
czytelny podpis rodzica (prawego opiekuna)

\* wpisać np. poradni psychologiczno-pedagogicznej