............................................ ...............................................

Imię i nazwisko wnioskodawcy Miejscowość, data

(rodzic, opiekun prawny)

**Dyrektor**

**Zespołu Szkolno- Przedszkolnego**

 **w Pszczynie**

Wniosek o wydanie opinii o dziecku

Dotyczy:

**Imię i nazwisko dziecka....................................................................................**

**Data i miejsce urodzenia..................................................................................**

Zwracam się z prośbą o wydanie opinii o moim dziecku przez Zespół Wczesnego Wspomagania Rozwoju dla (proszę właściwe zakreślić):

* Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej,
* Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności,
* Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
* Lekarza,
* Sądu,
* innej instytucji (proszę podać jakiej)....................................................................

.........................................................

Podpis wnioskodawcy