

.....

....., dn.

miejsowość

data

.....

imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

.....

adres zamieszkania

.....

numer kontaktowy

Pan/Pani Dyrektor

Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr

W

WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY

Proszę o przekazanie dokumentacji z badań w Państwa Poradni

..... ur.

(imię i nazwisko)

do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Policach, u. Janusza Korczaka 27;
72-009 Police; tel. 91/317 67 29.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia