

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

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego,
adres, numer telefonu)

.....
(miejscowość, data)

**Do Dyrektora
Zespołu Placówek Edukacyjno- Wychowawczych
ul. Szkolna 15, 26-110 Skarżysko- Kamienna**

**WNIOSEK
o wydanie opinii o uczniu**

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku

.....
(imię i nazwisko ucznia)

uczniu klasy.....
w celu przedłożenia jej

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