

Kalisz,

Dane pełnoletniego ucznia

.....
(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

wychowawczy klasy logopedycznej psychologicznej/pedagogicznej

Proszę o wydanie opinii w celu przedłożenia jej w **

.....

.....
czytelny podpis pełnoletniego ucznia

* zaznaczyć właściwe

** wpisać np. poradni psychologiczno-pedagogicznej