

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**

- wychowawczy klasy     logopedycznej     psychologicznej/pedagogicznej

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku ..... w celu

(imię i nazwisko dziecka)

przedłożenia jej w \*\* .....

.....

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

\* zaznaczyć właściwe

\*\* wpisać np. poradni psychologiczno-pedagogicznej