…………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego

…………………………………………….

Adres i kod pocztowy

…………………………………………….

nr telefonu

Do Poradni

Psychologiczno-Pedagogicznej

Nr 4 w Łodzi

**WNIOSEK O WYDANIE OPINII PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

Proszę o wydanie opinii psychologiczno-pedagogicznej dotyczącej mojego dziecka

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

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

**Adres zamieszkania i kod pocztowy**……………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………….

**PESEL DZIECKA** ………………………………………………………………………………...

Nazwa i adres przedszkola, szkoły, placówki oraz oznaczenie oddziału przedszkolnego w przedszkolu, oddziału w szkole lub grupy wychowawczej w placówce, do której dziecko albo uczeń pełnoletni uczęszcza:

…………………………………………………………………………………...........................................

Uzasadnienie wniosku o wydanie opinii psychologiczno-pedagogicznej:

…………………………………………………………………………………...............................................

…………………………………………………………………………………...............................................

…………………………………………………………………………………...............................................

……….……………………. …………………………………

 Data i miejsce czytelny podpis