załącznik nr 14 Wiry dnia......................................

 Dyrektor

Szkoły Podstawowej

im. Powstańców Wielkopolskich

w Wirach

**WNIOSEK O WYDANIE OPINII /ZAŚWIADCZENIA**

**.................................................................................**

 imię i nazwisko ucznia, klasa

Proszę o wydanie opinii/zaświadczenia (właściwe podkreślić):

-pedagoga szkolnego

-psychologa szkolnego

-terapeuty pedagogicznego

-logopedy

-wychowawcy

-nauczyciela przedmiotu .............................................................................................................

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

w celu ......................................................................................................................................
.......................................................................................................................................................

przewidywany termin badania/wizyty٭.....................................................................................

……………………………………

(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

٭(informacja wykorzystywana do zaplanowania czasu potrzebnego na sporządzenie opinii o uczniu).