Opole, dn. ………………

…………………………………..

 (imię i nazwisko rodziców)

…………………………………..

 (adres)

 **Dyrektor**

 **Poradni Psychologiczno -**

 **Pedagogicznej**

 **w Opolu**

 **ul. Książąt Opolskich 27**

Proszę o przekazanie dokumentacji z badań mojego dziecka.....………………...

………………………………………… ur. ………………………. zam ……………… …………………………………………………………………………………………...

Do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w ……..……………………………… ze względu na …………………………………………………………………….…….......

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

……………………………….

 (podpis rodzica)