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)