.....

(miejscowość, data)

.....

Imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów

.....

miejsce zamieszkania

.....

telefon kontaktowy

Wniosek

do Dyrektora Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Glownie

Proszę o przekazanie dokumentacji dotyczącej syna/córki

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....

(adres zamieszkania dziecka)

……..

(nazwa przedszkola/ szkoły)

znajdującej się w posiadaniu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Głownie do:

.....

.....

(nazwa i dokładny adres Poradni)

....

data podpis rodzica/prawnego opiekuna