Chrzanów, dn. ………………….

Wniosek

Proszę o wydanie opinii pedagogicznej, psychologicznej, logopedycznej, fizjoterapeutycznej, tyflopedagogicznej, surdopedagogicznej\* w celu…………………………………………………..……………………………………......

…………………………………………………………………………………………………..,

mojemu dziecku ………………………………………………………………………………...

(imię i nazwisko)

\*właściwe podkreśl

Opinia zostanie wydana w ciągu 7 dni od dnia złożenia wniosku.

Chrzanów, dn. ………………….

Wniosek

Proszę o wydanie opinii pedagogicznej, psychologicznej, logopedycznej, fizjoterapeutycznej, tyflopedagogicznej, surdopedagogicznej\* w celu…………………………………………………..……………………………………......

…………………………………………………………………………………………………..,

mojemu dziecku ………………………………………………………………………………...

(imię i nazwisko)

\*właściwe podkreśl

Opinia zostanie wydana w ciągu 7 dni od dnia złożenia wniosku.