

Głogów, dnia

.....
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....
(adres zamieszkania)

telefon

WNIOSEK

**do Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Głogowie
o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania**

dla ucznia/uczennicy
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL, data i miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nazwa i adres szkoły, klasa)

w celu

UZASADNIENIE

.....
.....
.....
.....
**Zostałem(am) poinformowany(a) o terminie Zespołu Orzekającego, który
odbędzie się w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Głogowie ul. Folwarczna 52,
w dniu oraz, że mam prawo wziąć udział w posiedzeniu
Zespołu Orzekającego.**

.....
podpis w imieniu obojga rodziców/ opiekunów prawnych

Kwituję odbiór opinii o potrzebie wczesnego wspomagania

Data

Podpis