



**Szkoła Podstawowa nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi**  
**im. Żołnierzy A.K. II Rejonu Celków**  
**ul. Szkolna 9 05-270 Marki**  
**tel. 22 781-11-29 mail: sp2@marki.pl**

..... Marki, .....

Imię i nazwisko opiekuna

.....  
adres

Szkoła Podstawowa nr 2  
z Oddziałami Integracyjnymi  
w Markach

### **Podanie o wydanie opinii**

Zwracam się z prośbą do:

- Wychowawcy klasy
- Pedagoga wspomagającego
- Logopedy
- Psychologa
- Terapeuty pedagogicznego
- Nauczyciela .....

o wydanie opinii na temat funkcjonowania mojego dziecka  
..... ucznia klasy .....

Opinia będzie przedłożona:

- w Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej
- Zespołowi ds. Orzekania o Niepełnosprawności
- w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych
- u lekarza .....
- w innej instytucji (proszę podać jakiej)

.....

.....

podpis rodzica/opiekuna