………………………………………… Marki, …………………………….
Imię i nazwisko opiekuna

…………………………………………
adres

Pani Dyrektor Ewa Michalak
Szkoły Podstawowej 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