

Głogów, dnia

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

.....
(adres zamieszkania)

Telefon:

WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA TERAPIĄ
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W GŁOGOWIE
PEDAGOGICZNA/ LOGOPEDYCZNA/ BIOFEEDBACK*

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia: PESEL

Adres zamieszkania:

Nazwa i adres szkoły/przedszkola, klasa:

Czy dziecko korzystało z pomocy poradni ?

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

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

.....
*Niepotrzebne skreślić