……………………………………………………………… Piastów, ………………………..

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna\*)

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

............................................................………..

(adres zamieszkania)

**WNIOSEK**

 **o wydanie opinii o uczniu w związku z planowanymi badaniami diagnostycznymi w Poradni**

**do**

**Dyrektora Liceum Ogólnokształcącego z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Adama Mickiewicza w Piastowie**

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku ..........................................................................................

uczniu/uczennicy\* klasy……………… w sprawie: ………………………………………………………… w celu przedłożenia jej w …………………………………………………………………………………………………………………………. ……………............................................................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( nazwa i adres instytucji)

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

 ( czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna\*)

Zostałam(em)\* poinformowana(y)\* o konieczności przygotowania opinii o uczniu zgodnie z procedurą obowiązującą w szkole.

 ……………………………………………………………

 (data i podpis nauczyciela)

\* *Niepotrzebne skreślić*