

Warszawa, _____

(imię i nazwisko rodziców/opiekunów)

(adres zamieszkania)

(telefon kontaktowy)

Do Dyrektora

Przedszkola z Oddziałami Integracyjnymi nr 309 „BAŚNIOWA KRAINA"

Pani Katarzyny Michalak

Wniosek o wydanie opinii

(psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej, dot. terapii SI*)

(imię i nazwisko dziecka oraz nazwa grupy)
w celu przedłożenia**:

• w poradni psychologiczno — pedagogicznej _____

• lekarzowi specjaliście _____

• innej instytucji (podać jakiej?) _____

w terminie _____

(podpis rodzica)

*właściwe podkreślić

**właściwe uzupełnić