………………………………………………. Kościan, dnia………………………………………………… imię i nazwisko rodzica ……….......................................... adres ……………………………………………….

Nr : …………………………………………

 Dyrektor

 Zespołu Szkół Specjalnych

 Im. Marii Konopnickiej w Kościanie

WNIOSEK

 Proszę o wydanie opinii o sytuacji dydaktycznej i wychowawczej ucznia

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ( Imię i nazwisko ucznia, klasa )

w celu przedłożenia w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Kościanie.

Proszę o przekazanie opinii przez szkołę bezpośrednio do poradni.

 …………………………………………………………………..

 podpis rodzica