

.....
 Imię i nazwisko wnioskodawcy: rodzica/pełnoletniego ucznia
 (data)

.....
 Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

.....
 Adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów

tel. do kontaktu:



Wniosek
do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 1
w Białymstoku, ul. Piotrkowska 2
tel.: 85 744 53 50

- ☐ **o wydanie opinii**
- ☐ **o wydanie informacji o wynikach diagnozy**

(właściwe zakreślić znakiem „X”)

Na podstawie Rozporządzenie MEN z dnia 01.02.2013 r. (Dz. U. z 2017r., poz. 1647) z późn. zm.

Imię i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia:

PESEL/ew. seria i nr dowodu tożsamości:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nazwa i adres szkoły/przedszkola/placówki:

klasa/oddział przedszkolny:

profil:

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....
 czytelny podpis wnioskodawcy: rodzica/pełnoletniego ucznia