

....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....
(adres zamieszkania)

Proszę o przeniesienie dokumentów mojego dziecka:

Imię i nazwisko..... data urodzenia.....

pesel ucznia szkoły.....

z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w

do Poradni Psychologiczno –Pedagogicznej

dlana badanie w dniu

(nazwisko osoby badającej)

.....
(podpis rodzica/ opiekuna)