

....., 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 Błoniu

do Poradni Psychologiczno –Pedagogicznej .....

dla .....na badanie w dniu .....  
(nazwisko osoby badającej)

.....

(podpis rodzica/ opiekuna )