

Suwałki, dn. ....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

Dyrektor  
SOSW nr 1 w Suwałkach  
ul. Przytorowa 8  
16-400 Suwałki

### WNIOSEK O WYDANIE OPINII

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku .....

ucz. kl. .... w celu przedłożenia .....

.....  
(nazwa instytucji)

\*orzeczenie o niepełnosprawności kończy ważność dn. ....

\* termin zaplanowanej wizyty lekarskiej .....

\* termin zaplanowanego badania w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej .....

(\* proszę uzupełnić właściwe dane)

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Zostałam/-em zapoznana/-y z procedurą wydawania opinii w SOSW nr 1 w Suwałkach.

.....  
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Odebrałam/-em opinię

.....  
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)