Warszawa, dnia ……………………………………..

Wnioskodawca (rodzic/opiekun prawny lub pełnoletni uczeń)

Imię i nazwisko …………….…………………………………………………………………………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………

Nr telefonu …………………………………………………………………………………………….

 Poradnia

 Psychologiczno-Pedagogiczna nr 4

 03-806 Warszawa, ul. Mińska 1/5

**Wniosek o wydanie opinii psychologicznej**

Proszę o wydanie opinii dla:

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………… PESEL …………………………………….

Szkoła/przedszkole ……………………………………………………………………………..Klasa ……………………………………..

Uzasadnienie wniosku ………………………………………………………………………...................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jednocześnie wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody na przekazanie informacji dotyczących w/w opinii do macierzystej szkoły mojego dziecka

Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/prawnych opiekunów.

……………………………………………………………………..

Czytelny podpis

Do wniosku dołączono:

* Dokumentację określającą trudności w funkcjonowaniu ucznia
* Zaświadczenie lekarskie
* Opinię nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem o jego funkcjonowaniu w przedszkolu lub szkole