Szczecin, dnia.....

.....
Imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

.....
adres zamieszkania, nr telefonu

Dyrektor „Szkoły z Pasją”
Niepublicznej Szkoły Podstawowej
ul. Jana Bosko 1
71-125 Szczecin

WNIOSEK O WYDANIE OPINII O DZIECKU

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie opinii* o moim dziecku

……

(imię i nazwisko dziecka)

Cel uzyskania opinii:

……
……
……
……

……

(podpis rodzica/ prawnego opiekuna)

**termin na wydanie opinii przez placówkę wynosi 7 dni roboczych od daty złożenia wniosku*