

Bydgoszcz, dn.....

Zespół Orzekający przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Bydgoszczy
ul.Gawędy 5; 85-792 Bydgoszcz

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA UCHYLAJĄCEGO

Imię i nazwisko dziecka.....

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

Adres zamieszkania dziecka.....

Szkoła/Przedszkole.....

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów i adres
zamieszkania.....

.....TELEFON.....

Zwracam się z prośbą o uchylenie orzeczenia nr o potrzebie.....

z dnia.....ze względu na

.....
podpis wnioskodawcy

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych we wniosku dla potrzeb procesu diagnostyczno-terapeutyczno-orzeczniczego dziecka (Zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz.U. Nr 133 poz.883)