

	<p>PORADNIA PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA</p> <p>66-200 Świebodzin, ul. Żaków 3; NIP 927-14-57-153 tel./fax 068 457 88 01; e-mail: poradniapps@wp.pl</p>
---	---

Świebodzin dnia

.....
/imię i nazwisko rodziców/

.....
/adres/

.....
/telefon/

**WNIOSEK
O OBJĘCIE DZIECKA SPECJALISTYCZNĄ POMOCĄ
na terenie poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świebodzinie**

Proszę o objęcie syna/córki

ur. dnia w

Pesel

Adres domowy

Ucznia / uczennicy klasy Szkoły

.....

- Pomocą psychologiczną w formie
- Pomocą pedagogiczną w formie
- Terapią logopedyczną

.....
Podpis rodzica/ prawnego opiekuna/

