

....., dnia .....

.....  
imiona i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów

.....  
adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów

.....  
telefon kontaktowy

**WNIOSEK  
w sprawie przekazania dokumentacji mojego syna/ córki**

Imię i nazwisko .....

Miejsce zamieszkania .....

Data i miejsce urodzenia .....

**z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Dąbrowie Tarnowskiej  
ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska**

**do** .....

.....  
(nazwa i adres poradni właściwej do udzielenia pomocy dziecku/ uczniowi\*)

z powodu .....

.....  
(podpis rodzica, opiekuna prawnego, pełnoletniego wnioskodawcy)

**\*właściwe podkreślić**