

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

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

.....  
adres zamieszkania rodziców

.....  
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 Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w .....**

**z powodu .....**

.....

.....

(podpis rodzica, opiekuna prawnego, pełnoletniego wnioskodawcy)