

Inowrocław, dnia .....

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

**DYREKTOR SZKOŁY PODSTAWOWEJ  
INTEGRACYJNEJ  
IM. POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH W INOWROCŁAWIU**

**WNIOSEK**

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku  
.....(imię i nazwisko),  
uczniu klasy ..... w celu przedłożenia jej  
w .....

.....

(nazwa i adres instytucji).

.....

(data i podpis rodzica/prawnego opiekuna)