

Mielno, dnia.....

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
adres

.....
nr telefonu

Dyrekcja Szkoły Podstawowej
im. Leonida Teligi w Mielnie

WNIOSEK O WYDANIE OPINII WYCHOWAWCY/ PEDAGOGA SZKOLNEGO *

Proszę o wydanie opinii o moim dziecku:

.....
Imię i nazwisko ucznia

ucznia klasy..... , w celu przedłożenia w

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić