

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Wielkopolskie Samorządowe
Centrum Edukacji i Terapii
w Starej Łubiance

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Imię i nazwisko
(mojego dziecka, podopiecznego, pełnoletniego ucznia)*

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:.....

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych)

.....
.....

Adres rodziców (opiekunów prawnych)

.....
Klasa, oddział:

Uzasadnienie złożenia wniosku:

.....
.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)*