

Warszawa, dnia.....

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(stopień pokrewieństwa)

.....
(tel. kontaktowy)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
ul. Otwocka 3, 03-759 Warszawa

Wniosek o przekazanie teczki

Proszę o przekazanie dokumentów mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka

Pesel

Data i miejsce urodzenia

Imiona rodziców

Nazwa placówki do której uczęszcza dziecko

Klasa/oddział

Do:

Nazwa placówki, do której ma być przekazanateczka

Adres placówki

Nazwisko psychologa

.....
podpis