

Piaseczno dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nr telefonu

**Do Dyrektora  
Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego  
im. Zwycięzców Olimpiad Specjalnych  
w Piasecznie**

Zwracam się z prośbą o wydanie opinii dotyczącej funkcjonowania dziecka

.....  
( imię i nazwisko dziecka )

uczennicy/ucznia klasy.....celem przedłożenia

(nazwa klasy)

W.....

(nazwa instytucji/podmiotu)

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego