



SOLIS RADIUS

RZESZOWSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ DZIECI
NIEPEŁNOSPRAWNYCH I AUTYSTYCZNYCH

**NIEPUBLICZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA
SOLIS RADIUS W RZESZOWIE**

.....
(Imię i nazwisko rodziców / prawnych opiekunów)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy, adres e-mail)

Niepubliczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna SOLIS RADIUS w Rzeszowie

Wniosek o wydanie opinii

**Po zapoznaniu się z wynikami diagnozy proszę o wydanie opinii w sprawie
syna/córki:**.....

.....
.....

(Imię i nazwisko badanego dziecka, data urodzenia, szkoła, klasa)

którego badanie odbyło się w dniu:

.....

Załączniki:

.....
.....
.....

.....
(podpis rodziców/ prawnych opiekunów)