

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(adres)

.....
(telefon)

Proszę o przeniesienie dokumentów mojego dziecka

imię i nazwisko ur.

ucznia szkoły adres

z Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej nr 12, Warszawa, ul. Dzielna 1a

do Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej nr adres

.....dladata badania
(nazwisko osoby badającej)

.....
(podpis)