



ul.Dzielna 7, 00-154, Warszawa, Polska
tel.:22 826 39 16,
tel. kom.: 506 399 683
sekretariat.poradniaopta@eduwarszawa.pl

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Stopień pokrewieństwa

WNIOSEK
do Specjalistycznej Poradni OPTA

Proszę o wydanie zaświadczenia dot.: zaznaczyć właściwy kwadrat*

UWAGA: W przypadku zaświadczenia dla rodzica/opiekuna prawnego rubryki dot. Danych dziecka również muszą być wypełnione.

	Dziecka*	Rodzica/Opiekuna prawnego*
Imię i nazwisko (WPISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)		
Data urodzenia		
Numer PESEL		
Adres zamieszkania		
Szkoła/przedszkole, klasa		
Imiona i nazwiska prawnych opiekunów		
Imię i nazwisko terapeuty (dziecka lub rodzica/opiekuna prawnego)		
Rok szkolny korzystania z pomocy specjalistycznej w Poradni/forma pomocy, której wniosek dotyczy		

Uzasadnienie wniosku:

--

Oświadczam, że nie są mi znane żadne okoliczności, dla których inni opiekunowie prawni dziecka mogliby wnieść zastrzeżenia w przedmiotowej sprawie. Zostałam/tem poinformowana/y, że wniosek zostanie wydany w terminie 30 dni, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach w terminie krótszym, do 14 dni. Zaświadczenie zobowiązuje się odebrać osobiście. Zaświadczenie nie odebrane w danym roku szkolnym zostaje poddane procedurze archiwizacyjnej. Odbiór ww. zaświadczenia będzie możliwy po 3 dniach od momentu zgłoszenia się wnioskodawcy.

Data przyjęcia wniosku (wypełnia sekretariat)

Podpis wnioskodawcy