Laski, …………………………………..

……………………………………………………………….
 /Imię i nazwisko/

………………………………………………………………

 /adres zamieszkania/

……………………………………………………………...
 /nr tel. wnioskodawcy/

 **Do Dyrektora
 Ośrodka Szkolno – Wychowawczego
 dla Dzieci Niewidomych im. Róży Czackiej
 w Laskach**

Zwracam się z prośbą o wydanie opinii/ IPETU / WOPFu o

………………………….........................................................
/imię i nazwisko ucznia/

na potrzeby (proszę właściwe podkreślić):

* Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej
* Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności
* Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
* Lekarza
* Sądu
* Innej instytucji (proszę podać jakiej)……………………………………………………………………………

sporządzonej przez (proszę właściwe podkreślić):

* Nauczyciela
* Wychowawcę
* Psychologa
* Logopedę
* Instruktora Orientacji Przestrzennej i Mobilności
* Rehabilitanta Wzroku
* Innego terapeutę (proszę podać jakiego)………………………………………………………………………

w celu ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………

/Podpis wnioskodawcy/