

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna/piętnoletniego ucznia*

.....
miejscowość, data

.....
nr telefonu rodzica/opiekuna/piętnoletniego ucznia*

**Dyrektor
Technikum Łączności i Multimediiów
Cyfrowych w Szczecinie**

**WNIOSEK
O WYDANIE OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

Proszę o wydanie oceny funkcjonowania syna/córki/mnie*

imię i nazwisko:

ucznia/uczenicy klasy

do Poradni (nazwa Poradni):

na okoliczność (badania na dysleksję, orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,
orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego itp.):

.....
.....

z powodu:

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

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna/piętnoletniego ucznia

* - niepotrzebne skreślić