

Warszawa, dnia

.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....

Adres

.....

Telefon

Dyrektor

Autorskiej Szkoły Podstawowej nr 12

ul. Armii Krajowej 9

05-075 Warszawa

WNIOSEK O WYDANIE OPINII O UCZNIU

Zwracam się z prośbą o wydanie opinii o moim dziecku

uczniu/uczennicy klasy, w celu

.....

.....

.....

.....

podpis