……………………………………………… Warszawa, .…………....………….………….
*(imię i nazwisko rodzica / pełnoletniego ucznia)* *(data)*

………………………………………………
*(imię i nazwisko ucznia, klasa)*

………………………………………………
*(telefon kontaktowy)*

***Do***

***Mateusz Kozłowski***

*Dyrektor*

*Zespołu Szkół Poligraficznych
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego*

***Dotyczy:*** *skierowanie ucznia na badania do PPP*

Zwracam się z prośbą o skierowanie córki / syna …………………….…………………..…..… *(imię nazwisko ucznia, klasa)*

na badania pod kątem ……………………………………………………………………………

do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 12.

*……………………………………………...*

 *(podpis rodzica / pełnoletniego ucznia)*