

.....
Miejscowość, dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica/
opiekuna prawnego

Specjalny Ośrodek Szkolno- Wychowawczy we Wroniu

Proszę o wystawienie opinii logopedycznej mojego dziecka
ur. w celu

.....

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego