Ostrów Wielkopolski…………………..

………………………………………. (data)

(imię i nazwisko wnioskodawcy: nauczyciela

lub rodziców/ opiekunów prawnych

lub pełnoletniego ucznia)

………………………………………

 ( szkoła)

………………………………….......

………………………………………

(adres rodziców/opiekunów prawnych

lub pełnoletniego ucznia)

 Do Dyrektora

 ……………………………………………

 ……………………………………………

 ……………………………………………

 (nazwa szkoły)

**Wniosek**

**Dotyczy:** prośby o wydanie opinii o specyficznych trudnościach w uczeniu się dla ucznia/mojego dziecka/ dla mnie \*\*

………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko ucznia)

urodzonego………………………………………ucznia klasy………………………………..

szkoły ponadpodstawowej \*\* ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

 (nazwa szkoły)

**Uzasadnienie:** …………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

\* Zgodę rodziców/ opiekunów prawnych/ pełnoletniego ucznia \*\* na złożenie wniosku uzyskałam/-em w dniu ………………………………………………………………………….

 ………………………………….

 (podpis wnioskodawcy)

\* wypełnia nauczyciel, jeżeli jest wnioskodawcą

\*\* właściwe podkreślić