.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania wnioskodawcy

.....
Stopień pokrewieństwa z dzieckiem

.....
Telefon kontaktowy wnioskodawcy

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna**
**w Drawsku Pomorskim**

# Wniosek rodzica o przekazanie Karty Indywidualnej dziecka

(do innej placówki)

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania dziecka .....

Imiona i nazwiska rodziców dziecka .....

.....

Adres zamieszkania rodziców .....

Zwracam się z prośbą o przekazanie dokumentacji mojej / mojego* syna / córki* do poradni właściwej do udzielenia pomocy dziecku .....
Nazwa i adres poradni

.....

.....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić