…………………………… …………………………

*/ nazwisko i mię wnioskodawcy- /miejscowość, data /*

*prawnego opiekuna dziecka /*

……………………………

……………………………

*/ adres zamieszkania /*

……………………………

……………………………

*/ telefon /*

# WNIOSEK

do Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Mławie

**o uchylenie Orzeczenia Nr** ……………

**o potrzebie** ……………………………………………………………

wydanego w dniu …………… przez ………………………………

*Dotyczy:*

nazwisko i imię dziecka - ………………………………………………………

data urodzenia, miejscowość - …………………………………………………

PESEL................................... lub seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość...........

adres zamieszkania - ……………………………………………………………

szkoła, klasa - ……………………………………………………………………

Nazwiska i imiona rodziców /prawnych opiekunów / dziecka:

………………………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania rodziców /prawnych opiekunów / dziecka :

…………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie wniosku:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Załączniki potwierdzające uzasadnienie wniosku:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, a także członków mojej rodziny przez Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną w Mławie.

………………………………

/ podpis wnioskodawcy /