

Warszawa, dnia .....

.....  
nazwisko rodzica/opiekuna

.....  
adres

.....  
telefon

Proszę o przeniesienie dokumentów mojego dziecka

Imię i nazwisko ..... ur. ....

ucznia szkoły ..... adres .....

z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Nr 4 w Warszawie, ul. Mińska 1/5

do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Nr .....

adres .....

dla mgr ..... data badania .....

.....  
podpis