.....
(pieczęć przedszkola/szkoły)

.....
(miejscowość i data)

Opinia wychowawcy przedszkolnego/szkolnego/pedagoga szkolnego wydana na potrzeby Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Szczytnie

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

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

W opinii prosimy zawrzeć informacje na temat osiągnięć edukacyjnych dziecka, postępów w nauce, zajęć dodatkowych, występujących trudności, relacji z rówieśnikami, ogólnego funkcjonowania na terenie placówki i w grupie rówieśniczej.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis wychowawcy/pedagoga szkolnego