.....
(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.

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