



Łódź,

Wniosek o wydanie zaświadczenia

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko.....Pesel

Adres: tel,.....

będący/będąca rodzicem/ opiekunem prawnym* niżej wymienionego/wymienionych dziecka/dzieci,
zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia, iż dziecko/dzieci

.....,

o numerze/numerach PESEL

znajduje/znajdują się pod opieką medyczną/psychologiczną/terapeutyczną* w w/w poradni.

Proszę o wydanie zaświadczenia w celu

.....

.....

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru

.....

data

.....

podpis osoby odbierającej

*podkreślić właściwe

