…… ……..

(pieczęć przedszkola/szkoły) *(miejscowość i data)*

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

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.

……

……

……