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

 *miejscowość i data*

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

*imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego*

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

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

 *adres zamieszkania*

 Do Dyrektora

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

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

 *nazwa placówki*

Proszę o rozwiązanie POROZUMIENIA NR/ROK…..…………………………………………..

Mojego dziecka ……………………………………………………………………………………

*imię i nazwisko*

oraz wszelkich związanych z nim świadczonych usług Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

Maluszek w Poznaniu z dniem……………………………………………………………………...

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

 *podpis rodzica/ opiekuna prawnego*