

Zielonka, dnia

PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisany (a)

zamieszkały (a)

legitymujący (a) się

numer

udzielam pełnomocnictwa

zamieszkałemu (ej)

stopień pokrewieństwa

legitymującemu (ej) się

numer

do reprezentowania dziecka

podczas badań w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Zielonce w dniu

do odebrania opinii / orzeczenia dziecka

.....
(podpis mocodawcy)