

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)