

Gdańsk, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data urodzenia)

.....
(nr dowodu osobistego)

.....
(adres)

.....

.....
(nr telefonu)

**Gdański Ośrodek
Pomocy Psychologicznej
dla Dzieci i Młodzieży**

Wniosek

Proszę o wystawienie zaświadczenia dla

celem przedłożenia w

.....
(podpis)