

.....
(pieczęć szkoły)

Zaświadczenie

Niniejszym zaświadczam ,że

(Imię i Nazwisko Ucznia)

Pesel:

Jest uczniem szkoły:

(nazwa szkoły)

Uczęszcza do klasy:

.....
Data

.....
podpis

**niniejszy dokument, został wystawiony na prośbę rodzica / opiekuna prawnego, celem przedłożenia w Ośrodku Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży CENTRUM CBT.*