Świdnica, dnia ……

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....……

Adres zamieszkania …….....……

Dotyczy (imię i nazwisko dziecka) .....……..

ODWOŁANIE OD ORZECZENIA

Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania
O Niepełnosprawności w Województwie Dolnośląskim

za pośrednictwem

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Świdnicy
58-100 Świdnica ul. Wałbrzyska 15

Odwołuję się od orzeczenia numer: …… z dnia: …… (zaliczającym) nie zaliczającym mojego dziecka do osób niepełnosprawnych.

Swoje odwołanie uzasadniam następującymi faktami:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……..
Czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego dziecka

Odwołanie złożyłem (łam) osobiście dnia: ……