

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)