

WNIOSEK

rodziców (opiekunów prawnych / pełnoletniego ucznia) o przeprowadzenie badań diagnostycznych/ udzielenie porady * w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Centrum Zdrowia Rodziny” w Kamionkach,

Proszę o przeprowadzenie badania diagnostycznego: **psychologicznego/ pedagogicznego/ logopedycznego***

o udzielenie konsultacji: **psychologicznej/ pedagogicznej/ logopedycznej***

.....ur. W
(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zamieszkałemu.....
miejsce zamieszkania dziecka

uczniowi przedszkola/
szkoły
.....
nazwa, adres i numer szkoły

klasy.....

uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....

podać przyczynę dla której wnioskuję Pani / Pan o badanie diagnostyczne

Oświadczam, że dziecko było badane w poradni psychologiczno-pedagogicznej: TAK / NIE*

Oświadczam, że nie ma przeszkód prawnych abym występował/a w sprawie dziecka.

imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego).....podpis.....

imię i nazwisko matki (opiekunki prawnej).....podpis.....

W przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni wniosek podpisuje sam uczeń.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka potrzebnych do realizacji zadań statutowych Poradni, zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997 r. (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926).

Imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek:

Miejsce i data przyjęcia wniosku:

*właściwe proszę podkreślić