

NUMER NADANY PRZEZ PORADNIĘ PRZY ZGŁOSZENIU –PPPwWyrzysku

..... Wyrzysk, dn.
(Imiona i nazwisko rodziców/ prawnych opiekunów/
osoby pełnoletniej, której dotyczy wniosek) *

.....
(Adres zamieszkania, telefon)

**Do Dyrektora
Zespołu Poradni Psychologiczno - Pedagogicznych
w Pile
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wyrzysku**

WNIOSEK

1. Zwracam się z **prośbą o przeprowadzenie badań**: logopedycznego, pedagogicznego, psychologicznego * mego dziecka w związku z:

.....
.....
.....

Dane dotyczące dziecka/ pełnoletniego ucznia:

Imię(imiona) i nazwisko dziecka albo pełnoletniego ucznia

Data i miejsce urodzenia

PESEL: _ _ _ _ _

Adres zamieszkania

Nazwa i adres szkoły / przedszkola *

..... oddział/klasa.....

Dziecko / uczeń był badany/ nie był badany* w poradni :

Do wniosku dołączam/ nie dołączam* informację o dziecku przygotowaną przez szkołę/ przedszkole*

.....
(Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/ osoby pełnoletniej)

3.* Wyrażam zgodę na omówienie wyników badań i wynikających z nich wniosków do pracy z dzieckiem ze szkołą / przedszkolem.

.....
(Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/ osoby pełnoletniej)

* niepotrzebne skreślić

Oświadczenia:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, o której mowa w art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922), przez Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych dziecka / ucznia.

podpisy wnioskodawców

.....

Oświadczam, iż jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską* nad dzieckiem lub uczniem,/ prawnym opiekunem* dziecka lub ucznia/ lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą* nad dzieckiem lub uczniem.

podpisy wnioskodawców

.....