

.....
(imiona, nazwisko rodziców / opiekunów)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres rodziców / opiekunów)

.....
(telefon kontaktowy)

**Powiatowa Poradnia
Psychologiczno – Pedagogiczna
Plac Zamkowy 2
64-130 Rydzyna**

Prośba o badanie *

psychologiczne – pedagogiczne – logopedyczna – konsultację naszego dziecka

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

PESEL

**Miejsce zamieszkania,
dokładny adres**

Przedszkole - nazwa grupy / Szkoła / Klasa

Powód badania:

.....

.....

.....
(podpis ojca)

.....
(podpis matki)

Zostałem/am poinformowany/a , że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka albo pełnoletniego ucznia, poradnia może zwrócić się do dyrektora odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki, do której dziecko albo pełnoletni uczeń uczęszcza, o wydanie opinii nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, niezbędnych do udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

* właściwe podkreślić