

Zgierz, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia)

.....
(pełny adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

.....
(telefon do kontaktu)

**Proszę o wykonanie badań mojemu dziecku
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Zgierzu**

Imiona i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia.....

.....
Data i miejsce urodzenia

PESEL.....

Adres zamieszkania dziecka/pełnoletniego ucznia

.....
Szkoła....., klasa.....

z powodu

.....
Wrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Zgierzu, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

.....
(podpis rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na udzielanie informacji dotyczących mojego dziecka, niżej wymienionym instytucjom i /lub osobom (proszę wymienić):

.....
.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia)

Zgierz, dnia.....

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia)

.....
(adres zamieszkania)

Proszę o wydanie opinii.

Imiona i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia.....

.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Nazwa i adres szkoły oraz klasa

.....

.....

Uzasadnienie wniosku.....

.....

.....

Opinia zostanie sporządzona po dostarczeniu niżej wymienionych dokumentów:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia)