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 .....

.....

Zostałem/am zapoznany/a z klauzulą informacyjną zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

.....
(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)