

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)

