

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Zamościu

PESEL DZIECKA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wpłynęło dnia:

Odpowiedzialni :

1. mgr.....

2. mgr.....

3. mgr.....

data badania.....

termin realizacji.....

.....
**telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów
prawnych**



**Poradnia
Psychologiczno-Pedagogiczna
w Zamościu**

ZESPÓŁ ORZEKAJĄCY

Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Zamościu

ul. Wierzbowa 22, Zamość, 89-200 Szubin

tel. (52) 516 44 61, tel. kom. 505 192 299

WNIOSEK O OBJĘCIU DZIECKA

TERAPIA.....

INNĄ FORMĄ POMOCY/ KONSULTACJA/ PORADA/ DORADZTWO ZAWODOWE *)

.....Ur.....W.....
imię i nazwisko dziecka data urodzenia miejsce urodzenia

zamieszkały(a).....
miejsce zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych

syn/córka*.....
imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej imię i nazwisko ojca/opiekuna prawego

uczeń/uczennica.....klasa/oddział.....
nazwa i adres szkoły/przedszkola

z powodu

.....
podać przyczynę, dla której wnioskuję Pani/Pan o objęcie dziecka terapią/inną formą pomocy

Czy dziecko było badane? ewentualnie nr opinii (orzeczenia).....

Zgodnie z **Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych** (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Zamościu, 89-200 Szubin

Miejsce na adnotację poradni

**Data i podpis rodziców/opiekunów
prawnych:**

1

2.....

* Niepotrzebne skreślić