

Sochaczew, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Numer telefonu: .....

Data ostatniej wizyty w Poradni .....

**PORADNIA  
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W SOCHACZEWIE**

**Wniosek rodziców/opiekunów prawnych \***

Proszę o udzielenie pomocy psychologiczno-pedagogicznej mojemu dziecku/wychowankowi \*

.....  
(imię i nazwisko dziecka) (data i miejsce urodzenia)

Nr PESEL:.....

zam. ....  
(adres zamieszkania dziecka – kod, miejscowość, ulica, nr )

ucz. kl. .... szkoły/przedszkola \* .....  
(dokładny adres placówki)

Opis problemu:

.....  
.....  
.....  
.....

**Wyrażam zgodę na badania lub konsultację mojego dziecka w Poradni.**

Ustalono (właściwe podkreślić):

- badanie psychologiczne: ..... dnia .....

- badanie pedagogiczne: ..... dnia .....

- konsultacja psychologiczna/pedagogiczna/logopedyczna: dnia .....

- inne .....dnia.....

Wyrażam zgodę, w związku z art. 23 ust. 1 i ust. 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883), na przetwarzanie przez Poradnię danych osobowych dotyczących mojego dziecka w celach związanych z działalnością Poradni.

.....  
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

Wpłynęło dnia.....

Podpis osoby przyjmującej wniosek .....

