

PESEL DZIECKA:

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

.....
(telefon kontaktowy do rodziców / opiekunów prawnych)

PORADNIA

PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNA

78- 200 Białogard, ul. Dworcowa 2

tel. 94 312 25-96, kom. 515 082 620

WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA

TERAPIĄ
jaka?

INNĄ FORMĄ POMOCY
jaka?

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

zamieszkały(a)
adres zamieszkania dziecka

syn/córka *)
imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej*) imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego*)

zamieszkałych
miejsce zamieszkania rodziców/ prawnych opiekunów

uczeń/uczenica*) klasa
nazwa i adres szkoły/przedszkola

z powodu
podać przyczynę, dla której wnioskuje Pani/Pan o objęcie dziecka terapią/ inną formą pomocy

Czy dziecko było badane? ewentualnie nr opinii (orzeczenia)

Zobowiązuje się do zapewnienia obecności dziecka na zajęciach oraz do współpracy z logopedą/ psychologiem/ pedagogiem*).

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku trzykrotnej nieobecności dziecka na zajęciach w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, zajęcia nie będą kontynuowane.

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

Sposób załatwienia sprawy:

Podpis wnioskodawcy:

.....

data

*) Niepotrzebne skreślić