

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 PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**I WYDANIE OPINII \*)**

..... 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/uczennica\*) ..... klasa .....  
*nazwa i adres szkoły/przedszkola*

w sprawie .....  
*podać przyczynę, dla której wnioskuję Pani/Pan o przeprowadzenie badań*

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

Zobowiązuje się do przywiezienia dziecka na badanie do poradni w ustalonym terminie.

**Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w ustalonym terminie,  
bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, wniosek nie będzie realizowany.**

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.

**Podpis wnioskodawcy:**

.....

**data** .....

\*) Niepotrzebne skreślić