

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
NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI**

..... 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 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.

Sposób załatwienia sprawy:

Podpis wnioskodawcy:

.....

data

*) Niepotrzebne skreślić