

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 WYDANIE INFORMACJI
O WYNIKACH BADAŃ PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNYCH

..... 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

Informacja potrzeba jest (proszę określić cel i przyczynę, dla której niezbędne jest uzyskanie informacji):

.....
.....

Czy dziecko było badane? ewentualnie nr opinii (orzeczenia)

.....
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