

.....
imiona i nazwisko rodziców/ prawnych opiekunów

.....
(miejscowość, data)

.....
adres zamieszkania rodziców

.....
telefon kontaktowy

**WNIOSEK
o prowadzenie terapii
przez Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną we Wschowie**

- PSYCHOLOGICZNEJ
- PEDAGOGICZNEJ
- LOGOPEDYCZNEJ

.....
imię i nazwisko dziecka

ur. dnia..... wPesel.....

Nazwa przedszkola / szkoły

Grupa / klasa

Czy dziecko wcześniej korzystało z pomocy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej? Tak Nie

Jeśli TAK – podać nazwę Poradni:.....

Wyrażam/nie wyrażam zgody na rozmowę z przedstawicielem szkoły / placówki w sprawie dziecka

W celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka, albo pełnoletniego ucznia, Poradnia może zwrócić się do Dyrektora odpowiednio szkoły lub placówki, do której dziecko, albo pełnoletni uczeń uczęszcza o wydanie opinii nauczycieli, wychowawców lub specjalistów.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz oświadczam, że zapoznałam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

.....
podpis wnioskodawcy
(rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)