

.....
Miejscowość i data

Z g ł o s z e n i e
na badania / terapię*
do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Jaśle

Imię i nazwisko dziecka:.....PESEL.....

Data urodzenia:.....miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Nazwa szkoły, placówki, do której uczęszcza dziecko:.....

.....klasa.....

Adres szkoły, placówki.....

Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna: Imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna:

.....

Adres zamieszkania: Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy:.....

*Możliwość umówienia przez przedszkole/szkołę (w razie braku kontaktu z rodzicem) TAK / NIE **

Powód zgłoszenia:.....

.....

.....

Czy dziecko było badane w tutejszej poradni, kiedy?.....

Czy dziecko powtarzało klasę, którą?.....

Stan zdrowia dziecka:.....

.....

.....

.....
podpis rodzica, prawnego opiekuna, pełnoletniego ucznia

Załączam*: zaświadczenie lekarskie

informację o dziecku ze szkoły

inne dokumenty, jakie?.....

*(właściwe zakreślić)

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych / danych osobowych mojego dziecka/niepełnoletniego pozostającego pod moją opieką prawną dla potrzeb niezbędnych do prowadzenia działalności diagnostyczno-terapeutycznej przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Jaśle.

.....
podpis rodzica, prawnego opiekuna, pełnoletniego ucznia