

Augustów dnia

.....
/imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/

.....

.....

.....

/adres i telefon /

**Dyrektor Poradni
Psychologiczno - Pedagogicznej
w Augustowie**

Wniosek

Proszę o konsultację i zapewnienie pomocy psychologicznej/pedagogicznej/logopedycznej w
tutejszej Poradni mojemu dziecku:

.....
/imię i nazwisko dziecka/

ur. W.....
/data i m-sce urodzenia/

PESEL dziecka.....

uczeń/uczennica szkoły/przedszkola..... kl.....
/nazwa szkoły, klasa/oddział/

Uzasadnienie konsultacji.....

.....

.....

Niniejszym oświadczam, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i dziecka danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Augustowie, w związku z realizacją celów diagnostycznych, terapeutycznych, wychowawczych i sprawozdawczych (SIO) poradni.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego