

Augustów dnia.....

.....
/imiona i nazwisko rodziców/opiekuna prawnego/

.....

.....

.....

/adres i telefon /

**Dyrektor Poradni
Psychologiczno - Pedagogicznej
w Augustowie**

Wniosek o wydanie opinii

Uprzejmie proszę o przeprowadzenie badania psychologicznego, pedagogicznego, logopedycznego* w tutejszej Poradni mojego dziecka:

.....

/imię i nazwisko dziecka/

urodzonegoW.....

/data i m-sce urodzenia/

PESEL dziecka.....

ucznia szkoły/przedszkola..... kl.....

/nazwa szkoły, klasa/oddział/

Uzasadnienie wniosku.....

.....

.....

Czy syn/córka był/a badany/a w tutejszej Poradni? Tak/nie*, jeśli tak to

kiedy?.....

Równocześnie: 1) wyrażam zgodę; 2) nie wyrażam zgody* - na wysłanie opinii z badań do szkoły.

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 wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić